



Mãe, presença (des)habitada: uma reflexão artística sobre a depressão pós-parto

Joana Nogueira

Orientação Professora Doutora Cristina Ferreira

Co-orientação Professora Doutora Paula Mena de Matos

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Belas Artes da
Universidade do Porto em Design da Imagem

Porto, 2018

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora, professora Cristina Ferreira, e co-orientadora, professora Paula Mena de Matos, pela incansável dedicação, pela paciência, pelas oportunidades que criaram e pelos sábios conhecimentos que me guiaram nesta jornada.

A Ribeiro, sem a qual este projeto não teria sido possível, pela confiança e entrega na partilha de uma experiência íntima e delicada, que me proporcionou igualmente um crescimento pessoal.

Agradeço a todos os participantes deste projeto pelas suas notáveis contribuições e pelo tempo despendido. À enfermeira Ana Vale pela disponibilidade, divulgação desta investigação e pelo contacto estabelecido com Ribeiro. Ao professor Rui Ferro pelos ensinamentos e preciosos conselhos que me permitiram evoluir e encontrar novos caminhos. À equipa do LACLIS por acreditarem e abraçarem este projeto, incluindo-o em futuras parcerias. Um particular agradecimento à Marta Leal pela sempre presente atenção. À professora Catarina Mendes pelo incentivo, por estar sempre pronta a ajudar-me e pela assertividade nas palavras que me transmite.

À amiga de uma vida, Ana Filipa Miranda, por todo o apoio, por me fazer sempre acreditar no melhor e pela sua presença incondicional.

À Sofia Laiginhas, Mónica Pereira, Pedro Ricardo e João Sousa pelos bonitos e valiosos momentos de cumplicidade.

Aos meus pais por toda a força, pelo carinho e amparo, pelos ensinamentos, por sempre estarem presentes.

Resumo

O projeto apresentado neste relatório deriva do estigma perante as mulheres que sofrem de depressão pós-parto. Este princípio identitário influencia negativamente as mães (e também pais) que se sentem inadequadas para o seu papel, culpadas e envergonhadas por não experienciarem a felicidade expectante deste período. Com medo de serem consideradas más mães e que lhes retirem os filhos, recusam pedir ajuda.

Perante este desconforto assumimos a necessidade de se desconstruir pensamentos que condenam uma doença real e grave, contribuindo para melhores níveis de literacia em saúde mental, que se apresentam como insuficientes e necessários a uma melhor inclusão social perante quem sofre. Visamos, ainda, colmatar, a que nos parece, uma insuficiente divulgação desta problemática, constatada após uma averiguação da mesma. Preocupou-nos a par deste processo qualitativo, uma investigação localizada e aprofundada dos conhecimentos e valores da sociedade perante esta temática, através de um inquérito e interpretação de material visual que nos auxiliasse na componente prática.

No âmbito desta investigação acompanhamos o testemunho de uma mãe que partilhou a sua íntima história com depressão pós-parto, dando a conhecer os acontecimentos e emoções mais marcantes da sua experiência. Os dados recolhidos foram analisados e culminaram num projeto prático, ao qual propomos a possibilidade de criação de uma instalação artística que documente esta realidade, a partir de uma linguagem multidisciplinar, organizada através de uma narrativa não linear que traduzisse a causalidade dos acontecimentos. Com este material pretendemos envolver a comunidade num diálogo mais tolerante, torná-la capaz de auxiliar os pares e incentivar mães e pais a procurar apoio especializado, contribuindo para um bem-estar individual e coletivo. Esta plataforma assume-se como uma possível estratégia de comunicação na área das ciências sociais e humanas, devido à sua viabilidade de aplicação em variados locais e capacidade de difundir mensagens diversificadas e acessíveis à sociedade. Este projeto foi alvo de interesse por dois núcleos que trabalham no domínio da saúde mental: o LACLIS - Laboratório de criação para a literacia em saúde - e o centro de apoio à depressão pós-parto, Árvore dos Bebés, por via da enfermeira Ana Vale, possibilitando futuramente uma maior visibilidade e disseminação de conhecimento.

Palavras-chave: depressão pós-parto; instalação artística; estigma; literacia em saúde mental

Abstract

The project presented in this report arises from the stigma mothers who suffer from postpartum depression face. This Identity Principle negatively influences mothers (and also fathers) who feel inadequate in their roles as parents; guilty and ashamed for not experiencing the expectant happiness of this period of their lives. They refuse to ask for help, both afraid of being considered bad mothers and having their children taken away.

Presented with this concern we feel the need to deconstruct thoughts that condemn a real and serious disease, contributing to better levels of mental health literacy, which are, at present, insufficient and that we feel are necessary for a better social inclusion of those who suffer from it. We, also seek to fill, an apparent insufficient disclosure of this problem, confirmed after an early research of the matter. Furthermore, as well as this qualitative process, we proceeded to conduct an in-depth investigation of the society's knowledge and values before this subject, through surveys and interpretation of visual material, that would end up aiding us in the practical component of the project.

In the context of this investigation we have witnessed to testimonials of a mother who shared her intimate history of postpartum depression, revealing the most remarkable events and emotions of her experience. The collected data was analyzed and treated, and culminated in a practical project, to which we propose the possibility of creating an art installation that documents the reality, from a multidisciplinary language, organized through a non-linear narrative that is therefore translated into the events' causality. With this material, we aim to involve the community and open up a tolerant dialogue, and to prepare them to help their peers and encourage mothers and fathers to seek specialized assistance, increasing both the individual and collective well-being. This platform is a possible communication strategy in the social and human sciences, due to the feasibility of its application in various locations and its capacity to disseminate diverse and accessible messages to society. Two groups working in the field of mental health showed interest in this project: LACLIS - Laboratório de criação para a literacia em saúde - and the postpartum depression center, Árvore dos Bebés, in the person of the nurse Ana Vale, allowing for future visibility and dissemination of knowledge.

Key words: postpartum depression; art installation; stigma; mental health literacy

Índice

21	1 Introdução
21	1.1 Motivação e objeto de estudo
22	1.2 Questão de investigação e objetivos
25	2 Enquadramento teórico e estado da arte
25	2.1 Depressão pós-parto
25	2.1.1 Caracterização da depressão pós-parto
29	2.1.2 Estigma da depressão pós-parto
32	2.2 Literacia em saúde e literacia em saúde mental
33	2.2.1 Comunicar a saúde
36	2.3 Plataformas e meios visuais na promoção de conhecimento e educação
38	2.3.1 Responsabilidade social do design
42	2.3.2 Instalação artística
44	2.3.3 Instalação artística na conscientização das doenças mentais
53	3 Trabalho de campo
53	3.1 Metodologia
53	3.1.1 História de vida e história oral
56	3.1.2 Inquérito
57	3.1.2 Etnografia visual
59	3.2 Análise de dados
67	3.3 Projeto
67	3.3.1 Abordagem concetual
69	3.3.2 Descrição e justificação das opções técnicas e formais
88	3.3.3 Composição da narrativa na instalação
99	4 Conclusão
103	5 Bibliografia

111	6 Anexos
111	6.1 Entrevista a Ribeiro (notas de campo, e-mails e caderno pessoal)
133	6.2 Consentimento informado
136	6.3 Entrevistas: Coelho, Ana Vale, Joana Nogueira, Mikaela Övén
159	6.4 Inquérito
175	6.5 Etnografia visual: recolha de material gráfico
182	6.6 Etnografia visual: foto-elicitação
198	6.7 Projeto: processo e estudos
210	6.8 Mureto
212	6.9 Autorização exposição do centro Árvore dos Bebés

Lista de abreviaturas

DPP - Depressão pós-parto

LACLIS - Laboratório de Criação para a Literacia em Saúde

MMHC - Massachusetts Mental Health Center

OMS - Organização Mundial de Saúde

T.L. - Tradução livre

Índice de figuras

- 26 Fig. 1 - Hipócrates, o pai da medicina.
- 31 Fig. 2 - Fotografias de Kathy DiVincenzo, publicadas na página de facebook da mesma.
- 34 Fig. 3 - Dois exemplares dos cartazes da campanha *Let's Talk!* Organização Mundial de Saúde, 2016, 2017.
- 37 Fig. 4 - Fotografias apresentadas no projeto *Searching for Asylum*. Haanken and O'Neill, 2012.
- 39 Fig. 5 - Sinalética do aeroporto de Düsseldorf. MetaDesign, 1996.
- 40 Fig. 6 - *Ways of Getting Ebola*. Mural pintado por Stephen Doe. Tubman Boulevard, Liberia, 2014.
- 41 Fig. 7 - Cartazes antitabagismo. Biman Mullick, 1970-1980.
- 41 Fig. 8 - *Animals Playing Hide and Seek*. Design desenvolvido por Dani Rubio Arauna e Rai Pinto para o Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, Espanha, 2015.
- 42 Fig. 9 - Balões vermelhos suspensos. *Contagion*. Michael Petry, 2000.
- 43 Fig. 10 - *The weather project*. Olafur Eliasson, 2003.
- 43 Fig. 11 - *Contagion*. Michael Petry, 2000.
- 45 Fig. 12 - *The Alzheimer's Project: Life Lines*. Ardra Cole e Maura McIntyre, 2003-2004 .
- 45 Fig. 13 - *The Alzheimer's Project: Still Life With Alzheimer's I*. Ardra Cole e Maura McIntyre, 2003-2004.
- 46 Fig. 14 - *Bloom*. Anna Schuleit, 2003. Corredor e escritório do MMHC cobertos de violetas africanas e tulipas cor de laranja.
- 47 Fig. 15 - *Mirror maze with 12 signs of depression*. Ken Lum, 2002. Pormenor de uma das frases que manifesta um sintoma: *I have no friends*.
- 48 Fig. 16 - *I NEVER SLEEP. I'VE NEVER SLEPT AT ALL. I'VE NEVER HAD A DREAM. ALL OF THAT COULD BE TRUE*. Ugo Rondinone, 1999.
- 49 Fig. 17 - *Heyday*. Ugo Rondinone, 1995.
- 49 Fig. 18 - *Vocabulary of Solitude*. Ugo Rondinone, 2016.
- 50 Fig. 19 - *The hand that rocks the cradle*. Lynn Lu, 2015.
- 55 Fig. 20 - Notas de campo da segunda entrevista. 20 de novembro de 2017.
- 55 Fig. 21 - Página do caderno pessoal pessoal da informante. Informação relativa à alimentação do bebé.
- 61 Fig. 22 - Diagrama do estudo do testemunho.
- 62 Fig. 23 - 2/8 das questões e respetivas respostas do inquérito.
- 63 Fig. 24 - 2/8 das questões e respetivas respostas do inquérito.
- 65 Fig. 25 - Imagens da questão *a* da foto-elicitação
- 65 Fig. 26 - 6/22 das respostas à questão *b* da foto-elicitação.
- 66 Fig. 27 - Sequências comparativas entre fotografias e ilustrações. Questão *d* da foto-elicitação.

- 69 Fig. 28 - Estudos da linha com marcadores, pincel e tinta da china.
- 69 Fig. 29 - Estudos da mancha a aguarela.
- 70 Fig. 30 - Primeira tentativa de desenho com linha e mancha de aguarela.
- 71 Fig. 31 - Desenvolvimento dos estudos das silhuetas. Transferência para o papel através de uma mesa de luz.
- 71 Fig. 32 - Dois exemplares das imagens selecionadas e respectivas silhuetas resultantes do processo de transferência através de mesa de luz.
- 71 Fig. 33 - Exemplar da evolução do desenho de uma das ilustrações.
- 72 Fig. 34 - Pormenor do estudo das falhas de memória. Esquema e caligrafia inspirados no caderno pessoal da nossa informante.
- 72 Fig. 35 - Estudo da representação ilustrativa das falhas de memória e cansaço mental.
- 73 Fig. 36 - Esboço da primeira tentativa de representação do desespero e pormenor dos elementos textuais. Estes exprimem alguns dos pensamentos descritos pela informante.
- 73 Fig. 37 - Estudo representativo da organização das tarefas relacionadas com a maternidade. Código escrito baseado no caderno pessoal da informante.
- 74 Fig. 38 - Exemplar do estudo representativo do julgamento ao papel de mãe e falhas de memória.
- 74 Fig. 39 - Estudo representativo das inseguranças no papel de mãe.
- 74 Fig. 40 - Estudo das mãos da personagem representativa da tristeza.
- 75 Fig. 41 - Ilustração que representa a ansiedade.
- 75 Fig. 42 - Ilustração representativa das críticas e julgamentos.
- 76 Fig. 43 - Medo e adversidades relativos à alimentação do bebé.
- 78 Fig. 44 - Representação do desgaste mental.
- 78 Fig. 45 - Tristeza e sofrimento: primeira personagem da animação.
- 79 Fig. 46 - Cena da animação: auxílio de um profissional médico.
- 79 Fig. 47 - Cena da animação: isolamento social.
- 79 Fig. 48 - Cena da animação: isolamento conjugal.
- 80 Fig. 49 - Primeira ilustração que representa a desrealização.
- 81 Fig. 50 - Ilustração a grafite e escultura em arame.
- 81 Fig. 51 - Vista lateral da ilustração e escultura.
- 82 Fig. 52 - Pormenor da escultura em arame.
- 83 Fig. 53 - Cena representativa do amor e cuidado pelo filho.
- 84 Fig. 54 - Estudo a grafite da caligrafia que serviu de base para a escultura em arame.
- 85 Fig. 55 - Escultura completa em arame recozido.
- 85 Fig. 56 - Pormenor da palavra *arranja-te*.
- 85 Fig. 57 - Pormenor da palavra *filhos*.
- 85 Fig. 58 - Pormenor da torção da letra *t*.

85	Fig. 59 - Pormenor da soldadura da letra <i>f</i> .
86	Fig. 60 - Abrigo. Estrutura em madeira, cortinas de linho. Pormenor do interior.
89	Fig. 61 - Maquete: parede central e lateral.
90	Fig. 62 - Maquete: vista lateral para animação.
91	Fig. 63 - Maquete: abrigo com ilustração e auscultadores.
92	Fig. 64 - Maquete: vista geral.
92	Fig. 65 - Maquete: vista lateral com mureto.
93	Fig. 66 - Exemplar dos estudos de caligrafia da folha de sala: testemunhos e título.
94	Fig. 67 - Folha de sala.
94	Fig. 68 - Pormenor da dobragem da folha.
95	Fig. 69 - Frente e verso da folha de sala.
95	Fig. 70 - Interior da folha de sala.
96	Fig. 71 - Pormenor do interior: linhas de apoio.
96	Fig. 72 - Pormenor do interior: testemunhos.
130	Fig. 73 - Página exemplar do caderno pessoal: tipo e duração das atividades referentes ao bebé e anotações das atividades dos pais.
130	Fig. 74 - Pormenor da organização da alimentação do bebé (da esquerda para a direita): dia, hora, quantidade de leite do biberão, qual a mama e duração, funcionamento dos intestinos e outros.
131	Fig. 75 - Exemplar da descrição da alimentação do bebé.
131	Fig. 76 - Exemplar da página da alimentação.
175	Fig. 77 - Infografia “A mulher e a diabetes”, Centro de saúde da Carvalhosa, 9 de dezembro de 2017.
176	Fig. 78 - Cartaz “Curso de preparação para o parto e para a parentalidade” e “Curso de recuperação pós-parto, massagem infantil e parentalidade, Centro de saúde da Carvalhosa, 9 de dezembro de 2017.
177	Fig. 79 - Painel informativo Centro de Saúde do Covelo, 9 de dezembro de 2017.
178	Fig. 80 - Dois cartazes da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo no seguimento do Dia Nacional da Diabetes, Centro de saúde do Covelo, 9 de dezembro de 2017.
178	Fig. 81 - Painel informativo, SASU Matosinhos, 9 de dezembro de 2017.
179	Fig. 82 - Expositor informativo, entrada Hospital Pedro Hispano, 9 de dezembro de 2017.
179	Fig. 83 - Painel informativo, Hospital de Santo António, 12 de dezembro de 2017.
179	Fig. 84 - Cartaz doença dos legionários, Hospital de Santo António, 12 de dezembro de 2017.
180	Fig. 85 - Cartazes da campanha nacional da higiene das mãos, Hospital de Santo António, 12 de dezembro de 2017.

- 180 **Fig. 86** - Cartaz Banco Público de Gâmetas, Hospital de Santo António, 12 de dezembro de 2017.
- 183 **Fig. 87** - Depressão Pós Parto: Causas, Sintomas e Tratamento!, O psicólogo online, 14 de dezembro de 2016
- 183 **Fig. 88** - Entenda o que é Depressão pós-parto, Tua Saúde, s.d.
- 183 **Fig. 89** - Women in cities at higher risk of postpartum depression, The star, 6 de agosto de 2013
- 183 **Fig. 90** - Depressão pós-parto: contrariedade de sentimentos, Canção Nova, s.d.
- 186 **Fig. 91** - To The Mom-To-Be Who Is Struggling To Hold It Together, Scary Mommy, s.d.
- 186 **Fig. 92** - Depressão pós-parto, Psicólogos Berrini, s.d.
- 188 **Fig. 93** - Postpartum Depression Sucks *& my trip on the crazy train*, Simply Wright, 16 de dezembro de 2014
- 189 **Fig. 94** - 6 dicas para prevenir a depressão pós-parto, Psicologia Viva, 1 de janeiro de 2017
- 189 **Fig. 95** - Depressão pós-parto, Psicólogos Berrini, s.d.
- 189 **Fig. 96** - Depressão Pós-Parto: Acabando com os tabus, Eu sem fronteiras, s.d.
- 189 **Fig. 97** - Postpartum Depression: Raising Awareness, The Odyssey Online, 20 de fevereiro de 2017
- 189 **Fig. 98** - Postpartum Psychosis: Severe mental illness after childbirth, Royal College of Psychiatrists, junho de 2015
- 189 **Fig. 99** - Motherhood Can Be a Lonely Place, Scientific American, 1 de setembro de 2015
- 192 **Fig. 100** - PANDA, Postnatal Depression Counselling, s.d.
- 192 **Fig. 101** - Post-Partum Depression, livinginmultipleworlds, 21 de julho de 2015
- 193 **Fig. 102** - Infographic: How to overcome the stigma of postpartum depression, Ragan's Healthcare Communication News, 16 de outubro de 2015
- 193 **Fig. 103** - Thousands of women with postnatal depression suffering in silence, METRO, 12 de março de 2013
- 194 **Fig. 104** - Your Emotional Well-Being Medical Brochure, Postpartum Support Charleston, s.d.
- 195 **Fig. 105** - Dia Mundial da Saúde, Organização Mundial de Saúde, 2017
- 195 **Fig. 106** - What is postpartum depression & anxiety?, American Psychological Association, s.d.
- 198 **Fig. 107** - 4/12 das imagens selecionadas e respectivas silhuetas resultantes do processo de transferência através de mesa de luz.
- 199 **Fig. 108** - 2/12 das imagens selecionadas e respectivas silhuetas resultantes do processo de transferência através de mesa de luz.

- 200 Fig. 109 - Imagem e silhueta resultante do processo de transferência.
- 200 Fig. 110 - Evolução do desenho do bebê.
- 201 Fig. 111 - Evolução do desenho das ilustrações da animação.
- 202 Fig. 112 - Torção do arame para esculpir a letra *o* da palavra *filhos*.
- 202 Fig. 113 - Materiais necessários à escultura em arame e estudos das letras e palavras.
- 203 Fig. 114 - Estudos de mancha de aguarela da ilustração representativa do
desânimo e tristeza.
- 203 Fig. 115 - Estudo representativo das preocupações e medos relativos à maternidade.
- 204 Fig. 116 - Estudos representativos do medo relativo à alimentação do bebê, com
e sem elementos textuais.
- 205 Fig. 117 - Estudos representativos do estado de ansiedade.
- 206 Fig. 118 - Estudos representativos das críticas e julgamentos.
- 207 Fig. 119 - Estudo representativo da desrealização.
- 208 Fig. 120 - Estudos caligráficos: alternativas à escultura em arame.

1 Introdução

1.1 Motivação e objeto de estudo

Esta investigação surge de uma preocupação perante problemas sociais e realidades que necessitam urgentemente de serem pensadas, pois o défice de atenção e diálogo de que são alvo constitui um sofrimento individual que consequentemente afeta os núcleos familiares e sociais, influenciando as gerações futuras. Após uma pesquisa e reflexão focada na área da saúde, é notório a crescente e melhor visibilidade dada a variados temas. Constatou-se que, apesar de toda uma crescente consciência e tolerância por parte da sociedade, existem ainda doenças alvo de um estigma. Quem sofre é, muitas vezes, considerado como um ser inferior e socialmente desprezado. Neste sentido, o estigma das doenças mentais, em particular da depressão pós-parto, é um problema complexo e que necessita do apoio das várias esferas sociais. A elevada taxa de ocorrência da depressão pós-parto¹, considerada um problema de saúde público, conclui a necessidade de se desenvolver mais iniciativas que alertem para a sua realidade. Baixos níveis de literacia em saúde e saúde mental podem constituir um fator que contribui para um adensamento do estigma, visto que o fraco conhecimento sobre causas e credibilidade de sintomas constroem preconceitos que se enraízam no pensamento coletivo.

Conscientes destas premissas e com vontade de intersectar a índole social do design e as ferramentas a ele adjacentes com as ciências sociais e humanas, propomos no âmbito de uma estratégia de literacia e comunicação em saúde mental, a criação de uma plataforma com características de uma instalação de arte, tendo por base um testemunho documentado, que represente em âmago uma perspetiva subjetiva e explore as batalhas e adversidades, as vitórias e as conquistas de uma mãe. As suas palavras e memórias foram transformadas em micronarrativas, construídas com recurso a materiais e dispositivos multidisciplinares, que por sua vez foram desenvolvidos a partir da atribuição de simbolismos. A nossa interpretação e representação da história relatada foi possível pela estruturação e composição do espaço numa narrativa que traduza a causalidade dos acontecimentos e que privilegie o relacionamento das várias peças entre si, despertando a audiência para as metáforas que os sentidos comportam, estimulando uma reação emocional ao que expressamos na obra.

O nosso projeto foi alvo de interesse pelo LACLIS - Laboratório de Criação para a Literacia em Saúde - e pelo centro de apoio desenvolvido pela enfermeira Ana Vale, com

1. Segundo a Organização Mundial de Saúde, 1/6 mulheres sofre de depressão pós-parto (World Health Organization, 2017).

os quais estabelecemos contato no início e durante o processo investigativo e cuja atenção disponibilizada visa uma maior divulgação da depressão pós-parto e contribui para uma maior visibilidade da nossa mensagem, incutindo valores morais e de cidadania a toda a sociedade. A dimensão e construção desta investigação foi exaustiva e morosa devido às inúmeras áreas de estudo que a natureza do nosso tema obriga, pelo que admitimos que não existem somente os exemplos apresentados e que estes equivalem a uma parcela que melhor se enquadra na nossa investigação. Oferecemos uma visão generalizada da depressão pós-parto, ressaltando os aspectos que consideramos mais importantes. Temos consciência de que a doença é complexa e que a sua caracterização é muito mais densa do que a apresentada. Apresentamos uma revisão de literacia em saúde e literacia em saúde mental, desdobrada em exemplos e estudos que salientam a importância de comunicar a saúde. Exploramos o potencial das artes visuais e do design como contributo para a investigação em diversificadas áreas, conscientizando a comunidade para problemas sociais. Discorremos, também, sobre as versáteis estratégias comunicacionais do universo da instalação artística, capazes de educar e estimular diálogos na área da saúde, com especial atenção às doenças mentais.

1.2 Questão de investigação e objetivos

Como propósito principal deste projeto ambicionamos impulsionar uma reflexão (artística) sobre a depressão pós-parto. Assim a nossa investigação define-se pela seguinte questão: Como pode o design, por via de um testemunho documentado, contribuir para uma melhor compreensão da depressão pós-parto, visando a diminuição do estigma do fenómeno em estudo?

Encontrado o problema, a solução prosseguiu pela construção de dispositivos diversos que identifiquem os principais sintomas e fatores que caracterizam a doença de um ponto de vista íntimo e pessoal.

Neste sentido, os nossos objetivos são desconstruir a desvalorização social perante a depressão pós-parto, colmatar a falta de informação e iniciativas sobre a mesma, contribuir para um grau superior de literacia em saúde mental e consequentemente, tornar a sociedade mais atenta e alerta a sintomas como forma de prestar uma ajuda adequada aos pares. Projetar uma mentalidade mais aberta e suscetível ao diálogo, revogando o (auto-)estigma dos quais mães (e pais) são alvo, incentivando a procura de apoio por vezes negligenciada pela culpa ou vergonha em assumir e dialogar sobre sentimentos considerados inapropriados socialmente. Perspetiva-se, igualmente, a capacitação do trabalho do designer na comunicação de mensagens diversificadas, legítimas e eficazes com a comunidade, tornando-a mais próxima à área da saúde.

2 Enquadramento teórico e estado da arte

2.1 Depressão pós-parto

Com o intuito de tornar o projeto mais coerente é necessário contextualizar a depressão pós-parto a partir de um ponto de vista clínico e científico. Neste capítulo apresenta-se uma introdução ao período pós-parto e à doença, salientando os fatores mais relevantes que a caracterizam, nomeadamente o diagnóstico, a sintomatologia, as causas, as consequências, as principais premissas que geram o estigma da doença e ainda uma breve exposição da depressão pós-parto no masculino.

2.1.1 Caracterização da depressão pós-parto

O nascimento de um filho é um marco na vida de uma mulher e motivo de celebração (Cutrona, 1982; Beck, 2006 como citado em Zauderer, 2009). Apesar de ser uma fase de grande alegria, as mulheres e seus companheiros estão vulneráveis aos desafios que enfrentam, sendo possível que desenvolvam perturbações de humor (Beck, 2006 como citado em Zauderer, 2009; Studd & Panay, 2004 como citado em Zauderer, 2009).

Assim sendo será sob esta perspetiva que nos iremos debruçar nos próximos capítulos.

Segundo Nonacs (2005), o período pós-parto é caracterizado por três tipos de perturbação psiquiátricas - os *baby blues* ou *blues* pós-parto, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto (Nonacs, 2005) - que se diferenciam na sua gravidade, duração e tipo de tratamento (Robertson, Celasun & Stewart, 2003). Os *baby blues* têm uma incidência entre 50% a 85% e caracterizam-se por choro, mudanças de humor e ansiedade. A depressão pós-parto ocorre entre 10% a 15% dos casos e a psicose pós-parto afeta aproximadamente 0,1% a 0,2%, estando os sintomas relacionados com irritabilidade, humor depressivo e alucinações (Nonacs, 2005).

Os *baby-blues* e a psicose pós-parto, embora sejam problemas importantes, não irão ser abordados especificamente neste capítulo.

Os primeiros relatos de perturbações do humor em mulheres, após o nascimento de um filho, devem-se a Hipócrates (Miller, 2002 como citado em Robertson *et al.*, 2003) e a primeira descrição pormenorizada da depressão pós-parto parece datar de 1547 por João Rodrigues de Castelo Branco: “A famosa esposa de Carcinator (...) depois do parto foi logo atacada pela melancolia e durante um mês ficou como louca” (Brockington, 1996, p.166 como citado em Pereira, 2008, p.4).

A depressão pós-parto é definida como um episódio depressivo não psicótico que pode ocorrer durante os primeiros 12 meses após o parto (Gaynes *et al.*, 2005). Na maioria dos casos, a doença surge a partir da 4ª ou 6ª semana após o parto (Cêpeda, Brito & Heitor, 2005; Warren & McCarthy, 2007), podendo manifestar-se, em cenários mais tardios, entre o segundo mês pós-parto até durante todo o primeiro ano de vida do bebé (Cêpeda *et al.*, 2005). O’Hara e Gorman (2004) defendem que os episódios depressivos podem, por vezes, ter o seu início na gravidez.

A doença é frequente, no entanto é ainda subdiagnosticada e subtratada. Diagnosticá-la e tratá-la é difícil, porque as mudanças físicas e psicológicas associadas à doença são semelhantes às da gravidez e às do período do pós-parto (Gaynes *et al.*, 2005), nomeadamente alterações do peso e sono, falta de energia e instabilidade do humor (Alici-Evcimen & Sudak, 2003 ; Cêpeda *et al.*, 2005), sendo importante ter em conta as outras duas perturbações, o *blues* e a psicose pós-parto (Alici-Evcimen & Sudak, 2003). Se após uma semana, os sintomas se prolongam e se tornam mais intensos, influenciando a qualidade de vida da mulher, pode-se considerar a existência da doença (Cutrona, 1982). A sintomatologia da depressão pós-parto é semelhante à da depressão major², apesar de, segundo a Organização Mundial de Saúde e a American Psychiatric Association, se diferenciarem pelo período temporal em que ocorrem (Warren & McCarthy, 2007). Os sintomas caracterizam-se por humor depressivo e choro constante, falta de energia e cansaço, irritabilidade, ataques de ansiedade ou pânico, perda de apetite e distúrbios de sono, falta de concentração e memória, confusão, culpa e solidão (American Psychological Association, s.d.; Robertson *et al.*, 2003; Robinson *et al.*, 2001 como citado em Robertson *et al.*, 2003; Warren & McCarthy, 2007).

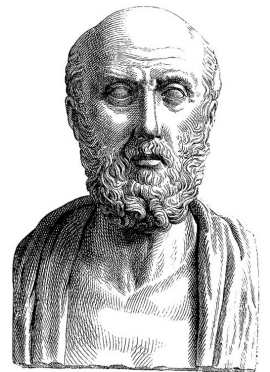


Fig. 1 - Hipócrates, o pai da Medicina.

2. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a “depressão é uma doença caracterizada por tristeza persistente e perda de interesse em atividades que as pessoas normalmente desfrutavam, acompanhada por uma incapacidade de realizar atividades diárias, durante pelo menos duas semanas” (World Health Organization, 2017).

Em alguns casos verifica-se uma preocupação extrema com o bebé e, sentindo-se inadequadas no exercício deste papel, as mulheres consideram-se más mães (Robinson *et al.*, 2001 como citado em Robertson *et al.*, 2003). O desinteresse ou o medo em ficar sozinha com o bebé são sintomas também experienciados pelas mães, assim como pensamentos agressivos ou intenção de ferir o bebé (American Psychological Association, s.d.), apesar de na maioria das vezes este risco aumentar perante depressão severa ou psicose (Wisner, Gracious, Piontek, Peindl & Perel, 2003). A depressão pós-parto caracteriza-se por uma “profunda sensação de perda - da identidade, do controlo, da energia, da vida social” (Pereira, 2008, p.19).

A depressão pós-parto, sendo uma doença psiquiátrica complexa, não se desenvolve apenas devido a uma única causa, mas sim a um conjunto de múltiplos fatores (Dubovsky & Buzan, 1999 como citado em Robertson *et al.*, 2003) de ordem psicológica, social e hormonal (Alici-Evcimen & Sudak, 2003; O'Hara, 2004). A esta doença associa-se a depressão ou ansiedade durante a gravidez (Alici-Evcimen & Sudak, 2003³) e historial ou predisposição genética para a depressão ou depressão pós-parto (Robertson *et al.*, 2003⁴; Seimyr, Welles-Nyström, & Nissen, 2013 como citado em Guerra, Braga, Quelhas & Silva, 2014). Acrescenta-se o *stress* durante a gravidez, a falta de confiança em si para o exercício do papel de mãe, fraco apoio da família e amigos e o temperamento do bebé (Wylie, Holiins Martin, Marland, Martin, & Rankin, 2011 como citado em Guerra *et al.*, 2014). Acontecimentos negativos na vida da mulher, tais como a morte de um familiar ou amigo, violência ou agressão, problemas conjugais com o companheiro, desemprego ou instabilidade profissional podem despoletar episódios depressivos (Robertson *et al.*, 2003; Guerra *et al.*, 2014⁵). A nível biológico, pode-se associar a doença a alterações dos níveis de hormonas reprodutivas, assim como a diminuição dos níveis de progesterona e estrogénio (Robertson *et al.*, 2003⁶).

Quando não diagnosticada ou não tratada, a doença pode acarretar sérias consequências para a mãe, afetando a sua qualidade de vida e a relação com a criança, o seu companheiro e outros membros da família (Schmied *et al.*, 2013 como citado em Guerra *et al.*, 2014). Salienta-se o sofrimento da mulher e a possibilidade de desenvolver depressão crónica (Jacobsen, 1999 como citado em Robertson *et al.*, 2003). A relação do casal pode ser prejudicada, contribuindo para separação ou divórcio (Meadows, McLanahan & Brooks-Gunn, 2007 como citado em Letourneau *et al.*, 2012).

3. Citação original de Wisner, Parry & Piontek, 2002; Newport, Hostetter, Arnold & Stowe, 2002.

4. Citação original de Johnstone *et al.*, 2001; Josefsson *et al.*, 2002.

5. Citação original de Schmied *et al.*, 2013; Wylie, Holiins Martin, Marland, Martin, & Rankin, 2011.

6. Citação original de Robinson *et al.*, 2001; Wisner *et al.*, 2002.

O companheiro da mulher com depressão pós-parto pode ser afetado, e resistindo em pedir ajuda, sente-se ansioso, cansado, incapacitado e culpado. Em alguns casos pode mesmo experimentar sintomas depressivos, nomeadamente perturbações do sono e alimentares (Letourneau *et al.*, 2012⁷). Segundo Beck (1999 como citado em Letourneau *et al.*, 2012) a depressão pós-parto é “o ladrão que rouba a maternidade”, verificando-se uma perturbação na qualidade da relação entre mãe e filho no primeiro ano de vida (Hipwell *et al.*, 2000 como citado em Letourneau *et al.*, 2012). A depressão pós-parto presente nos pais poderá ter impacto no desenvolvimento e crescimento dos filhos, durante a infância e a adolescência, no caso da estrutura relacional entre todos ser afetada e sem o devido tratamento (Jacobsen, 1999 como citado em Robertson *et al.*, 2003). Apesar de a depressão pós-parto ser tipicamente associada às mulheres, também os pais estão vulneráveis e predispostos à doença, uma vez que, após o nascimento de um filho enfrentam igualmente inúmeras mudanças interpessoais, pessoais e sociais que, tal como na mulher, influenciam a sua identidade e originam elevadas exigências, apesar da doença se manifestar mais gradualmente e lentamente (Fleming, Corter, Stallings, & Steiner, 2002 como citado em Figueiredo, 2005; Kim & Swain, 2007⁸). É estimado, por exemplo, que nos Estados Unidos a taxa de depressão pós-parto nos homens seja entre 4% e 25,5% (Soliday, McCluskey-Fawcett & O’Brien, 1999 como citado em Kim & Swain, 2007). Segundo Kim e Swain (2007), o diagnóstico da depressão pós-parto paterna é feito segundo os termos da avaliação da depressão pós-parto materna. Assim, os episódios depressivos caracterizam-se igualmente por humor depressivo, perturbações alimentares e do sono, agitação ou falta de energia, insegurança ou sentimento de culpa e dificuldade de concentração (American Psychiatric Association, 2004 como citado em Kim & Swain, 2007). Porém, tendo em conta as diferenças existentes entre os fatores de risco entre pais e mães, este critério pode não ser totalmente viável (Kim & Swain, 2007⁹). Aos fatores biológicos, nomeadamente alterações dos níveis de hormonas (Kim & Swain, 2007), acrescentam-se os fatores ecológicos e específicos do género, destacando-se a acrescida preocupação e responsabilidade financeira, uma rede de apoio enfraquecida ao pai em comparação com a mãe (Magistris, Carta & Fanos, 2013¹⁰) e um possível sentimento de exclusão relativamente à ligação entre mãe e bebé (Rutter, Caspi, Fergusson *et al.*, 2004 como citado em Kim & Swain, 2007). A depressão pós-parto no pai pode ainda estar relacionada com historial psiquiátrico ou ser consequência do estado depressivo da mãe no período pós-parto imediato (Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996b em Figueiredo, 2005).

7. Citação original de Baronet, 1999; Kasuya *et al.*, 2000; Rose, Mallinson, & Gerson, 2006.

8. Citação original de Brockington, 2004; Matthey, Bennett, Ungerer & Waters, 2000.

9. Citação original de Heim, Newport, Heit *et al.*, 2000; Murray & Cox, 1990.

10. Citação original de Cavallero & Monti Migliaccio, 1983; Seimyr, Sjögren, Welles-Nyström & Nissen, 2009.

2.1 Depressão pós-parto

Vários autores (Albertsson-Karlgren, Graff & Nettelbladt, 2001; Edhborg, Lundh, Seimyr & Widstrom, 2003 como citado em Fletcher, Matthey & Marley, 2006) afirmam que a boa saúde mental do pai é essencial no “amortecimento” das consequências da depressão materna sobre o filho. Assim, reconhece-se uma igual necessidade em prestar auxílio ao elemento paterno e à sua saúde mental, no que diz respeito sobretudo à depressão, no período após o parto (Fletcher *et al.*, 2006¹¹).

É de salientar que a doença se pode manifestar em qualquer grupo social e não é exclusiva das famílias mais problemáticas (Brockington, 2004). De natureza heterogênea, os sintomas variam de mulher para mulher e são influenciados pelo país de origem ou religião, características de cada grupo cultural ou etnia (Brockington, 2004; Huysman, 2003). A rápida implementação de um tratamento é importante, porque quanto maior for a duração dos episódios depressivos, mais danos serão causados à mulher e a toda a sua vida familiar. A capacidade da mulher para enfrentar e desfrutar da maternidade depende do seu bem-estar emocional, logo da sua saúde mental, fatores fundamentais para a saúde. Assim, pode-se considerar a depressão pós-parto um problema de saúde pública (Wisner, Chambers & Sit, 2006).

2.1.2 Estigma da depressão pós-parto

O conceito atual de estigma refere-se a qualquer característica que não se enquadra nas expectativas da sociedade. Um indivíduo estigmatizado é, portanto, aquele cuja identidade contraria as normas, de um ponto de vista económico, político, cultural ou social (Corbière, Samson, Villotti & Pelletier, 2012¹²). O grande estigma envolto das doenças mentais é um assunto complexo e a discriminação, resultante deste, afeta negativamente a vida dos doentes, podendo resultar numa auto estigmatização (Bell, 2011; Corbière *et al.*, 2012). De acordo com Pescolido *et al.* (2008 como citado em Bell, 2011), apesar dos testemunhos de pessoas com doença mental indicarem que é possível o tratamento destas doenças e que as suas causas podem, entre outras, ser de origem biológica e genética, a sociedade ainda rejeita estes indivíduos.

A cultura, a publicidade e os media têm também uma forte influência apresentando recorrentemente duas perspetivas redutoras do período pós-parto. Assiste-se a um romantizar em demasia da maternidade, à qual não se associam as exigências e responsabilidades consequentes de todo este período.

11. Citação original de Currid, 2005; Buist, Morse & Durkin, 2003.

12. Citação original de Goffman, 1963; Lauber, 2008.

Contrariamente apresentam frequentemente histórias trágicas que influenciam negativamente o pedido de ajuda das mulheres. Considere-se como exemplo o caso de uma mãe britânica que se terá suicidado após sair do hospital com a sua filha recém-nascida, cujo historial de esquizofrenia não terá sido revelado à população no contexto da notícia e somente associado à depressão pós-parto. As mulheres não sendo devidamente informadas sobre as complexidades de cada caso assumem que lhes irá acontecer o mesmo que a esta mulher e permanecem em silêncio (Rogers, 2015).

Um outro estigma que pode causar muito sofrimento às mulheres e que as impede de falar, é o estereótipo social de que a ligação com o bebé é imediata, o que leva a um sentimento de incompetência. O que nem sempre se refere é que esta relação pode demorar tempo (Gilligan, 1982 como citado em Zauderer, 2009).

Mesmo sabendo que estão a ser irresponsáveis e até que se colocam a si e ao bebé em perigo, algumas mulheres acreditam que os sintomas se dissiparão (Zauderer, 2009). A depressão pós-parto é, assim, considerada uma doença silenciosa, na medida em que as mulheres com medo de serem julgadas, consideradas más mães, e sobretudo com medo de serem internadas e que lhes sejam retirados os filhos, tornam-se relutantes em assumir a sua infelicidade (Kennedy, Beck & Driscoll, 2002 como citado em Zauderer, 2009). De fato, perante este sentimento, as mulheres não se consideram mães normais e sentem-se envergonhadas, culpadas e humilhadas, preocupando-se mais com a opinião dos outros do que consigo mesmas, colocando altas expectativas e pressão em si mesmas e não aceitam que o seu desempenho no papel de mãe e mulher seja menos do que perfeito (Laure-Williams como citado em Zauderer, 2009).

O estigma do problema psiquiátrico limita, portanto, o pedido de ajuda, pelo que a sua reversibilidade é essencial de forma a que as mulheres se sintam mais confortáveis em falar sobre o que sentem (Thurgood, Avery & Williamson, 2009). Efetivamente, os medos, vergonhas e sentimento de inadequação perante o papel de mãe são aliviados quando as mulheres percebem que padecem de uma doença diagnosticável (Mauthner, 1999, 2002 como citado em Zauderer, 2009). É verdade que algumas barreiras têm vindo a ser quebradas, nomeadamente pelo testemunho e história de figuras públicas e mediáticas como Brooke Shields e a Princesa Diana de Gales (Pittman, 2017; Thurgood et al., 2009). As redes sociais são também um meio capaz de expor e combater este problema, pelo que Kathy DiVicenzo, uma mãe americana, decidiu partilhar com fotografias, através do Facebook, uma outra realidade do período pós-parto, que não somente a euforia (Bologna, 2017).

2.1 Depressão pós-parto



Fig. 2 - Fotografias de Kathy DiVicenzo, publicadas na página de facebook da mesma.

De forma a encorajar a diminuição de qualquer tipo de discriminação é importante recorrer a estratégias que disseminem uma maior e melhor informação sobre o que são as doenças mentais (Stuart, 2005 como citado em Corbière *et al.*, 2012). Como comprova o estudo de Corbière *et al.* (2012) são várias as abordagens possíveis, que apesar de se depararem com desafios e poderem não ser totalmente eficazes, constituem-se como um impulso na correção de ideias erróneas e estereótipos não fundamentados (Corbière *et al.*, 2012). Neste sentido, e não sendo possível apresentar todas as possibilidades estratégicas, introduzir-se-á o impacto que a literacia em saúde tem na educação da sociedade.

2.2 Literacia em saúde e literacia em saúde mental

Segundo Gomes *et al.* (2002, p.1), “literacia é o processamento, na vida diária (social, profissional e pessoal), de informação escrita de uso corrente contida em materiais impressos vários (textos, documentos, gráficos)”. Este conceito permite a utilização das competências de leitura, escrita e cálculo, essenciais no dia-a-dia de cada indivíduo, uma vez que lhes permite realizar tarefas e comunicar em sociedade, contribuindo para uma maior autonomia e qualificações pessoais (Freebody & Luke, 1990 como citado em Nutbeam, 2000).

A abrangência do conceito de literacia é grande, pelo que se salienta a aplicação do mesmo na área da saúde. O termo “literacia em saúde” é relativamente novo e foi usado pela primeira vez em 1974 no *Health Education as Social Policy* (Nutbeam, 2000; Simonds, 1974 como citado em Ratzan, 2001). Este conceito tem vindo a evoluir, no entanto não existe um consenso entre as várias propostas para a sua definição (Berkman *et al.*, 2004 como citado em Berkman, Davis & McCormack, 2010). Desta forma, propõe-se o conceito da Organização Mundial de Saúde (1998) que define literacia em saúde como o “conjunto de competências pessoais, cognitivas e sociais que determinam a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e usar informação que promova e mantenha boa saúde”¹³ (Nutbeam, 2000, p.264). No contexto desta investigação é importante especificar a literacia em saúde mental, que, segundo Jorm *et al.* (1997, p.182 como citado em Jorm, 2014, p.27), se define como “o conhecimento e crenças sobre transtornos mentais que ajudam no reconhecimento, na gestão e prevenção dos mesmos”¹⁴. Salientam-se ainda outras componentes, nomeadamente o conhecimento sobre os tratamentos disponíveis, as estratégias eficazes de autoajuda, conhecimento sobre como prestar auxílio a terceiros e conhecimento sobre como obter mais informação sobre doenças mentais (Jorm, 2014).

A aplicação destas competências é de grande importância na promoção da saúde da população, porque permite que esta assuma responsabilidades e tome decisões adequadas, contribuindo para um uso correto dos serviços de saúde e consequentemente para uma vida mais saudável (Sistema Nacional de Saúde, 2010; Nutbeam, 2000).

13. T.L.: “Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” (Nutbeam, 2000, p.26).

14. T.L.: “Knowledge and beliefs about mental disorders which aid their recognition, management or prevention” (Jorm *et al.*, 1997, p.182 como citado em Jorm, 2014, p.27).

Através das capacidades de leitura, escrita, cálculos e também do discurso retórico - o saber falar, ouvir e escrever -, capacidade para usar tecnologias, motivação pessoal e habilidades cognitivas, sociais e de trabalho, os indivíduos serão, então, capazes de interpretar e produzir diversos materiais (Bernhardt, Brownfield & Parker, 2005 como citado em Berkman *et al.*, 2010; Nutbeam, 2000). Já o défice de conhecimento na área da saúde acarreta consequências que influenciam a qualidade de vida dos indivíduos, resultando num pior estado de saúde. Verifica-se um maior número de internamentos, uma utilização mais frequente do serviço de urgências, bem como uma utilização inadequada do sistema de saúde (Espanha, Ávila & Mendes, 2016). São frequentes os erros na toma de medicamentos ou na interpretação de instruções médicas, pouco ou fraco acesso a consultas de rotina e desconhecimento de conceitos básicos em doenças comuns (Weiss, 2007), como por exemplo, hipoglicemia em casos de diabetes (Williams *et al.*, 1998 como citado em Weiss, 2007).

Em Portugal, os níveis de literacia em saúde da generalidade da população são baixos e a investigação nesta área é escassa (Espanha *et al.*, 2016). A implementação de estratégias de comunicação pode ser eficaz no aumento das competências em literacia da população e produzir futuros efeitos na saúde da mesma.

2.2.1 Comunicar a saúde

De acordo com Ramos (2013, p.9):

“A comunicação em saúde envolve a análise e a utilização de processos, estratégias e políticas de comunicação com o objetivo de informar e influenciar os comportamentos e as decisões dos indivíduos, dos grupos, das comunidades e dos profissionais, no sentido da promoção da saúde e do bem-estar, da prevenção das situações de doença, de risco e vulnerabilidade e, ainda, da melhoria da comunicação, do acolhimento e da humanização dos cuidados de saúde”.

Ratzan (2001) sugere que num mundo em que a informação é descentralizada, promover a saúde pode tornar-se um desafio. Para uma boa comunicação que não se limite à repetição de mensagens, dever-se-á recorrer primeiramente a uma pesquisa científica. A transmissão de informação sobre saúde é da responsabilidade não só do setor da saúde e do sistema de educação, mas pode também ser divulgada através de sistemas sociais e culturais, como a Organização Mundial de Saúde, sociedades profissionais, organizações não governamentais e universidades. A sua exposição e credibilidade têm a capacidade de validar a informação e educar o público (Sistema Nacional de Saúde, 2010; Ratzan, 2001).

A linguagem do material destinado à comunicação deve ser acessível e útil para os cidadãos, adaptando-se aos vários contextos sociais, sendo capaz de alcançar um grupo mais amplo da população (Berkman *et al.*, 2010; Parker & Ike, 2017).

Reconhece-se a necessidade de colmatar a falta de informação pública no que se refere às doenças mentais. De acordo com Loureiro *et al.* (2013 como citado em Jorm, 2014), em Portugal cerca de um quarto dos jovens não é capaz de reconhecer os sintomas de uma depressão através de uma ilustração. Assim, com o intuito de aumentar a literacia em saúde mental ou a redução do estigma que envolve estas doenças, são já conhecidas campanhas comunitárias que visam informar e influenciar as decisões de cada indivíduo e convidam a participação de toda a comunidade (Jorm, 2014).

A campanha *Let's Talk!* (pt.: Vamos Falar!) lançada entre 2016 e 2017 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é também um exemplo de destaque que visa uma maior procura e obtenção de ajuda por pessoas que sofrem de depressão. Os materiais desenvolvidos e destinados à comunicação com a população incluem posters e folhetos, que incentivam ao diálogo sobre a depressão, em qualquer cultura. A sua implementação pode ser feita em centros médicos e hospitalares, escolas e universidades e outros locais públicos. A OMS encorajou a comunidade a organizar atividades que suportassem esta campanha, estimulando uma ação individual e coletiva¹⁵ (World Health Organization, 2017).



Fig. 3 - Dois exemplares dos cartazes da campanha *Let's Talk!* Organização Mundial de Saúde, 2016, 2017.

15. As atividades podem ser consultadas em: <http://apps.who.int/depression-campaign-2017/en>

Como forma de promover um melhor diagnóstico e tratamento da depressão pós-parto em Portugal, destacam-se o projeto pioneiro “Rastreo, prevenção e intervenção precoce na depressão perinatal – Eficácia de um novo programa nos cuidados de saúde primários” e o evento “Sem pesos na Maternidade”. O primeiro, desenvolvido por uma equipa de investigadores do Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e coordenado pela investigadora Ana Telma Pereira, teve como objetivo minimizar o elevado impacto negativo da depressão perinatal. Através de um teste pretendeu-se avaliar sintomas e fatores de risco, com vista a prever quais as mulheres com maior probabilidade de ter depressão durante a gravidez e no pós-parto. Numa segunda fase, todas as mulheres diagnosticadas com a patologia foram encaminhadas para uma consulta de psiquiatria (Universidade de Coimbra, 2016). A crescente procura de ajuda psicológica incentivou, em outubro de 2017, o evento “Sem pesos na Maternidade”, promovido pela Unidade de Psicologia do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM). A par de um painel de debate, a equipa de psicólogos do SESARAM realizou rastreios gratuitos, visando a deteção de sintomas que indicassem perturbações emocionais, orientando os casos que necessitassem de uma avaliação mais profunda e sensibilizando o autocuidado das mães (Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, s.d.).

Encontrar novas formas de disseminação da informação para educar os indivíduos, de forma a que estes se envolvam mais nas decisões ligadas à saúde e ao tratamento de doenças, poderá estar ao alcance das novas tecnologias e plataformas visuais, meios com cada vez mais impacto na comunicação e presença assídua no dia-a-dia (Raztan, 2001). A sustentar este pensamento, surgem alguns autores (Phillip *et al.*, 2015 como citado em Lapum, 2017; Parker & Ike, 2017) a afirmar que uma interseção entre o domínio da saúde e das artes visuais poderá contribuir não só para hábitos de vida mais saudáveis, mas também para promover uma mudança de mentalidade.

2.3 Plataformas e meios visuais na promoção de conhecimento e educação

Rolling (2017) afirma ser possível providenciar, por via da arte e do design, uma fórmula para solucionar os problemas mais urgentes da sociedade e assim questionar o mundo e desenvolver novos conhecimentos. Atualmente, reconhece-se que o potencial de qualquer prática artística e criativa, seja ela “literária, performativa, visual, audiovisual ou multimídia” (Leavy, 2017, p.4), ultrapassa as expressões artísticas e o enriquecimento cultural, contribuindo de forma eficaz para a investigação em todas as disciplinas (Rolling, 2017; Hesse-Biber & Leavy, 2006, 2008 como citado em Leavy, 2017).

A barreira entre a ciência e a arte tem vindo a ser desafiada, uma vez que as práticas artísticas possibilitam uma abordagem que nem sempre a ciência consegue alcançar, já que a sua linguagem visual proporciona uma memória mais duradoura e evoca uma reação emocional nos indivíduos (Holm, Sahlström & Zilliacus, 2017; Leavy, 2017). Aplicadas em contextos de investigação de disciplinas como as ciências humanas e sociais, visam disseminar novo conhecimento a uma audiência mais ampla (Weber, 2008 como citado em Holm *et al.*, 2017), consciencializando-a através, por exemplo, da documentação fotográfica e videográfica da rotina diária de grupos de refugiados e imigrantes em campos de asilo¹⁶ (ver estudos de Haaken and O'Neill, 2014 em Holm *et al.*, 2017). Na área da saúde pode-se salientar um estudo documental fotográfico sobre experiências pessoais com o tratamento de quimioterapia, no qual cada participante deteve o total controlo do que queria representar. Esta investigação resultou numa reflexão sobre experiências no contexto de saúde, doença e tratamento, originando intervenções terapêuticas futuras, uma vez que se teve contato com as dificuldades e medos destas mulheres (Frith & Harcourt, 2017).

16. Para ver o projeto *Searching for Asylum*: <https://vimeo.com/176763871>



Fig. 4 - Fotografias apresentadas no projeto *Searching for Asylum*. Haanken and O'Neill, 2012.

Esta interseção da ciência e da arte permite que a informação relativa aos problemas sociais, comportamentais e educacionais, ganhe características mais humanas, através de uma comunicação que não se limite à oralidade e que não se exprima somente em palavras, valorizando a interpretação e descoberta por via dos sentidos e da linguagem corporal (Gerber *et al.* como citado em Leavy, 2017; Rolling, 2017). Incentiva, ainda, os indivíduos a refletir sobre a sua própria identidade, a forma como vivem em e com a comunidade, criando uma harmonia capaz de dar a compreender certos aspetos relacionados com a humanidade. Espaços de discussão são impulsionados e desafiam-se suposições que de outra forma não seriam questionadas (Harter *et al.*, 2016; Parker & Ike, 2017; Rolling, 2017).

Evidencia-se, assim, o papel social do designer e das ferramentas não verbais que dispõe para expressar ideias e experiências.

2.3.1 Responsabilidade social do design

O design é uma atividade que se preocupa com a expressão visual de ideias e de informação do quotidiano, nunca tendo sido tão valorizada como atualmente (Berman, 2009; Howard, 1994). Apesar de a profissão ser em grande parte de índole comercial e destinada às massas, cada vez mais se destaca a responsabilidade do design num domínio social e o seu potencial para transmitir uma mensagem útil, visando a consciencialização da sociedade para problemas que a afetam (Howard, 1994; Spiekermann, 2009). O manifesto *First Things First*, 1964, propõe que as capacidades dos designers devem ser direcionadas para causas mais nobres (Howard, 1994) e, não sendo intenção de criticar a publicidade de consumo e sim ver estes dois modelos como um contínuo (Margolin & Margolin, 2002), demonstrar que o designer deve encontrar novas formas de expressão que se foquem nas necessidades ambientais e sociais do meio no qual se move, de modo a captar a atenção e o interesse da comunidade, possibilitando a construção de diálogos e, consequentemente, uma prosperidade mundial (Frasacara, 1997 como citado em Noble, 2016; Howard, 1994). A comunicação visual envolve valores sociais e culturais e abrange as temáticas da solidariedade, direitos humanos, meio ambiente e educação que necessitam do apoio dos designers para promover mensagens que ajudem na satisfação das necessidades humanas. As soluções apresentadas têm, portanto, o intuito de influenciar e mudar comportamentos, conduzindo a mudanças positivas na comunidade (Barnbrook *et al.*, 1999; Margolin & Margolin, 2002).

Como constata Spiekerman (2009), o design gráfico deve ser um meio que ajude no bom funcionamento de locais públicos, como comprovam a sinalética e a identidade corporativa, desenvolvidas por este designer, para o aeroporto de Düsseldorf e para o sistema de transportes de Berlim, respetivamente. A legibilidade da tipografia e mapas, estética apelativa e a correta inserção dos sistemas informativos no espaço auxiliam, diariamente, os passageiros e o tráfego em casos de acidentes (Poulin, 2012; Spiekerman, 2009). Em Portugal, destaca-se a identidade dos Hospitais do grupo Trofa Saúde, cuja linguagem personalizada pretende “acabar com a imagem negativa que se tem de uma estadia no espaço hospitalar” (Rato, 2015, p.275). O versátil sistema de sinalética, cuja família tipográfica deve comunicar corretamente, foi projetado de forma a adaptar-se a todos os edifícios do grupo e resulta num “ambiente funcional, confortável e com grande preocupação estética” (Rato, 2015, p.283).

2.3 Plataformas e meios visuais na promoção de conhecimento e educação



Fig. 5 -Sinalética do aeroporto de Düsseldorf. MetaDesign, 1996.

A relação da saúde com o design, por sua vez, tem um papel de destaque cada vez maior, educando e transmitindo importantes mensagens à população. Como comprova a exposição *Can Graphic Design Save your Life?*, que apresenta projetos dos designers mais influentes de todo o mundo, o design gráfico e a pluralidade da sua linguagem é um meio de construir estratégias e comunicar mensagens. Estiveram patentes cartazes, murais, infografias e embalagens que educam adultos e crianças, previnem doenças e epidemias, como o Alzheimer, Malária e Ébola, alertam para os malefícios do tabagismo e transformam os espaços hospitalares em locais agradáveis, contribuindo para uma melhor sensação de bem-estar (Brewer, 2017).



Fig. 6 - *Ways of Getting Ebola*. Mural pintado por Stephen Doe. Tubman Boulevard, Liberia, 2014.

Para corretamente intervir na comunidade, o papel do designer deve acompanhar a evolução das plataformas e dos meios visuais aos quais recorre para trabalhar, comunicar com o público de uma forma clara e evitar que este erradamente interprete a sua mensagem (Berman, 2009; Munari, 1979).

Assim, parece pertinente associar esta atividade à versatilidade de uma instalação de arte. Isto porque, através de um planeamento lógico, pelo qual se rege o design, será possível escolher “os materiais mais convenientes e as técnicas mais justas” (Munari, 1979, p.30) a aplicar no universo heterogêneo e multissensorial que caracteriza uma instalação (Bishop, 2014 como citado em Lapum, 2017).



Fig. 7 - Cartazes antitabagismo. Biman Mullick, 1970-1980.



Fig. 8 - *Animals Playing Hide and Seek*. Design desenvolvido por Dani Rubio Arauna e Rai Pinto para o Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, Espanha, 2015.

2.3.2 Instalação artística

Uma instalação artística é vista como uma forma de expressão relativamente recente. Entrou em voga na década de 70, mas só em 1994 foi reconhecida de forma independente do termo Environment, até então associado ao que se considera hoje uma instalação, e introduzido por Allan Kaprow em 1958, como referência aos seus trabalhos de multimédia (Reiss, 2001).

A dificuldade em definir este termo é assumida por vários autores, que consideram esta prática vaga e incerta, devido ao seu carácter global e à diversidade de abordagens às quais se pode recorrer para a sua criação (Bishop, 2005; Reiss, 2001; Rosenthal, 2003).

De natureza heterogénea, uma instalação poderá assumir-se como um espaço vazio, imerso na escuridão ou caracterizar-se pela utilização de várias ferramentas artísticas, conjugadas em simultâneo ou não, tais como a fotografia ou a ilustração, a pintura e a escultura, artefactos, o som, efeitos de luz ou materiais audiovisuais (Rosenthal, 2003). Estes espaços apelam não só à visão, como exaltam todos os outros sentidos, criando um ambiente sinestésico¹⁷ (Bishop, 2005). Esta experiência sensorial envolve o espectador e permite estimular a sua percepção da obra e os seus sentimentos ou emoções (Oliveira, Oxley & Petry, 2003; Petersen, 2015). Por exemplo, *The Weather Project*, de Olafur Eliasson, é uma instalação capaz de alterar a percepção do público, através dos sentidos e da manipulação da atmosfera. Recorrendo a estratégias de cenografia teatral e de um jogo de luzes e espelhos, o artista criou na galeria um sol artificial que transportou o público para um ambiente quente que contrastava com a atmosfera fria e cinzenta do exterior. O comportamento do público foi influenciado, levando a que parte deste se deitasse no chão e agisse como se estivesse num jardim (Petersen, 2015).

Destaca-se assim a relação entre obra e espectador: este é uma peça fundamental e a sua participação e a ligação que estabelece com a mesma é de grande importância. *Contagion* (2000), de Michael Petry, caracteriza-se pela disposição de balões vermelhos numa sala iluminada, de dia e de noite, com luz também vermelha que, de acordo com a incidência da luz solar, mudava de cor durante o dia. O intuito da instalação é remeter para imagens relacionadas com o sangue: HIV, hospitalização, transfusões, nascimento e morte. Quando o público se aproxima da obra fica coberto de luz vermelha, o que significa que está “contaminado” (Oliveira *et al.*, 2003).

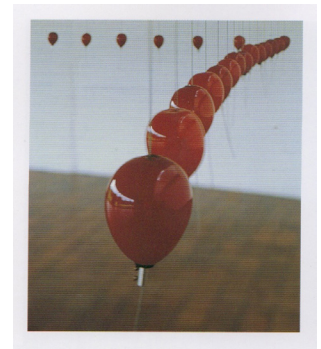


Fig. 9 - Balões vermelhos suspensos. *Contagion*. Michael Petry, 2000.

17. Relaciona-se com sinestesia. A palavra sinestesia (*sin* + *aesthesia*) provém da língua grega e é considerada uma experiência sensorial que permite ao cérebro fundir e reconhecer “múltiplas sensações” simultaneamente (Basbaum, 2002). Pode-se considerar este fenómeno um problema percetivo. Isto é, interpretamos uma sensação - som, por exemplo - e geramos uma outra - imagem ou cor. A percepção, tal como a sinestesia, pode incluir os cinco sentidos - audição, visão, paladar, olfato e tato - bem como sensações cognitivas - espaço e temperatura.

2.3 Plataformas e meios visuais na promoção de conhecimento e educação



Fig. 10 - *The weather project*. Olafur Eliasson, 2003.



Fig. 11 - *Contagion*. Michael Petry, 2000.

Refletir a realidade contemporânea e os problemas a ela associada, através da interação com a instalação, seja pela simples deslocação ou pelo contato físico com os elementos que permitem a descoberta de significados ocultos, resultará num maior e melhor conhecimento do mundo (Bishop, 2005; Reiss, 2001; Rosenthal, 2003).

Esta personificação do mundo e da vida pode ter ação em campos como a política, a educação ou o ambiente, permitindo que o espetador se envolva numa arena “sociopolítica” (Rosenthal, 2003; Bishop, 2005) e dialogue sobre temas difíceis ou estigmatizados, capacitando uma maior união e inclusão social (Lapum, 2017).

Neste sentido, evidenciar-se-á a experiência que estas práticas oferecem como meios de investigação e informação, na área da saúde.

2.3.3 Instalação artística na conscientização das doenças mentais

A linguagem sensorial que caracteriza as instalações é um veículo de expressão que projeta experiências demasiado dolorosas e difíceis de manifestar em palavras. Estas plataformas desempenham um papel na conscientização do público, uma vez que este é confrontado com uma realidade mais pessoal do fenómeno em estudo (Harter *et al.*, 2016; Lapum, 2017). É, portanto, frequente recorrer-se ao testemunho de histórias verídicas que encorajam uma maior empatia e proximidade social.

Na área da saúde são várias as problemáticas alvo de interesse, consciencializadas através de fotografias, de som, da apropriação de objetos pessoais e do recurso a metáforas e valor simbólico dos materiais utilizados, importantes para o conceito dos vários projetos, simulando um ambiente imaginário. O alcance que estas mensagens podem abranger é um tópico de interesse de vários investigadores, nomeadamente Parsons e colegas (Parsons *et al.*, 2013), defendendo-se a exibição para lá dos museus.

Observa-se hoje uma especial dedicação relativamente às doenças mentais. Esta problemática tem vindo a ser amplamente abordada e exibida em diversos espaços que se tornam palco para instalações interventoras que transmitem mensagens de conscientização perante estes temas, muitas vezes negligenciados e vítimas de tabu, envolvendo toda a comunidade numa reflexão interior e na procura de estratégias que construam uma boa relação individual e coletiva.

Como refere Bell (2011), os projetos que apresentam experiências relacionadas com as doenças mentais, representam-se de uma forma expressiva, focando pormenores de acontecimentos reais e pessoais.

The Alzheimer's Project, de Ardra Cole e Maura McIntyre, procura preservar a memória da vida da mãe das artistas, explorando o conceito de doença e saúde num contexto relacionado com a dignidade humana. O propósito é homenagear os doentes e seus cuidadores, tornar esta doença mais familiar aos olhos da sociedade, dando a conhecer a sua complexidade e incentivar o pedido de ajuda. A instalação é composta por sete peças criadas a partir de objetos pessoais e imagens que demonstram o quotidiano dos doentes e seus cuidadores que vivem com a doença de Alzheimer. *Still Life With Alzheimer's I*, por exemplo, é uma narrativa formada a partir de fotografias, dispostas na porta de um frigorífico, que evoca a relação entre mãe e filha, na doença e na saúde. A utilização destes materiais remete para uma sensação de rotina, de hábitos que perduraram durante toda a vida e num outro oposto, o fato das fotografias colocadas num frigorífico estarem sujeitas a sujar-se ou molhar-se, representam o lado efêmero da vida (Cole & Knowles, 2008; Cole & McIntyre, s.d.).



Fig. 12 - *The Alzheimer's Project: Life Lines*. Ardra Cole e Maura McIntyre, 2003-2004.



Fig. 13 - *The Alzheimer's Project: Still Life With Alzheimer's I*. Ardra Cole e Maura McIntyre, 2003-2004.

À semelhança das obras já referenciadas, também Anna Schuleit projeta obras com o objetivo de comunicar sobre doenças mentais e comemorar a vida de instituições psiquiátricas, homenageando os seus profissionais e pacientes (Radley, 1999 como citado em Bell, 2011; Radley and Bell, 2007 como citado em Bell, 2011). *Bloom*, 2003, foi projetado como um tributo ao Massachusetts Mental Health Center, quando o seu edifício original foi encerrado. As 28.000 flores vivas¹⁸, instaladas estrategicamente nas várias divisões do edifício, são a peça central da instalação. Esta matéria orgânica, que contrastava com a dureza do mobiliário e do chão, simbolizava esperança e cura, surgindo como inspiração da grande ausência de flores em edifícios psiquiátricos. A este elemento junta-se “o som de portas a abrir e fechar, telefones a tocar, fragmentos de conversas e murmúrios de vozes dos corredores”, gravadas durante as últimas semanas em que o edifício original esteve ocupado que, fundidos com as vozes e os passos do público davam de novo vida à instituição abandonada (Schuleit, 2003 como citado em Bell, 2011, p.325).



Fig. 14 - *Bloom*. Anna Schuleit, 2003. Corredor e escritório do MMHC cobertos de violetas africanas e tulipas cor de laranja.

18. As flores foram calculadas através dos 91 anos em que a instituição esteve ativa e tendo em conta que cada paciente recebia pelo menos uma flor (Bell, 2011).

Esta dimensão pedagógica e pessoal introduz um passado ainda muito presente e confronta o estigma das doenças mentais. A opinião gerada sobre estes transtornos, nomeadamente a depressão em análise mais profunda, pode ser alterada por via de uma instalação, já que artistas como Ken Lum e Ugo Rondinone questionam o significado da doença, sem nunca contrariar os conhecimentos científicos e sim produzir os seus próprios pontos de vista. Constroem uma identidade de uma dor que não é física e apresentam de igual forma os sintomas típicos da depressão. *Mirror maze with 12 signs of depression*, 2002, do artista canadiano Ken Lum, é uma das instalações que marca a abordagem dos transtornos depressivos. A sua peça central é um labirinto de espelhos, em doze dos quais estão inscritas frases testemunhadas¹⁹ na primeira pessoa, retiradas dos media, que manifestam os principais sintomas. A imagem do espetador e a trajetória da estrutura da instalação são refletidas nas séries de espelhos, confundindo o espetador, que se coloca fisicamente num ambiente que traduz um dos principais sintomas da depressão: a desorientação. As múltiplas reflexões dos espelhos provocam uma sensação de descoordenação dos movimentos e incapacidade de distinguir a verdadeira trajetória e evoca o sentimento de isolamento, visto que o espectador se irá concentrar apenas em si mesmo e banalizar a presença de outros (Ross, 2016).



Fig. 15 - *Mirror maze with 12 signs of depression*. Ken Lum, 2002. Pormenor de uma das frases que manifesta um sintoma: *I have no friends*.

19. "I cry for no reason," "I feel like a failure," "I have no friends," "There is no future for me," "I am afraid of doing something bad," "All I ever do is sleep," "I am tired all the time," e "I feel alone in the world." (Ross, 2006, p. xix).

A melancolia, muito associada à depressão, é, de acordo com Francesco Bonami, o princípio pelo qual Ugo Rondinone se guia (Ross, 2006). O artista recorre a fotografias, esculturas, desenhos ou vídeos, os quais usualmente são acompanhados de sons ou música e luz atmosférica, criando espaços altamente intoxicantes que envolvem o público numa sensação de melancolia, isolamento e solidão. Estes ambientes artificiais refletem a vida contemporânea, num limite entre a ficção e a realidade, e incentivam a uma resposta emocional (Museum of Contemporary Art Australia, 2003; Kunsthalle Wien, s.d.).



Fig. 16 - *I NEVER SLEEP. I'VE NEVER SLEPT AT ALL. I'VE NEVER HAD A DREAM. ALL OF THAT COULD BE TRUE.* Ugo Rondinone, 1999.

Heyday, 1995, é uma das principais obras que expõe a melancolia. Esta é revelada pela morfologia corporal e expressão facial de uma figura masculina sentada isolada e sozinha no chão de madeira de uma sala fechada. O corpo encontra-se sem firmeza, abatido e inclinado e o olhar é vago e apático. As sensações de confusão e de exaustão são constantes no trabalho de Rondinone e, aqui são introduzidas através de uma suposta projeção do mundo exterior que é na verdade uma janela isolada que expõe os acontecimentos em tempo real. Em várias obras deste artista, os palhaços são muito presentes e recorrentes. Como comprova a obra *Vocabulary of Solitude* (figura 18), estas figuras encontram-se sentadas ou deitadas, quase imóveis e expressam aborrecimento ou cansaço, personificando a tristeza e abandonando o seu papel de animadores. Numa outra obra, *Dog Days Are Over*, 1996, foram inseridos sensores, que seriam ativados pela passagem do público. Ao contrário do habitual, as gargalhadas que se ouviam não eram provocadas pelos palhaços, que renunciaram a essa ação, revelando a sua letargia e perda da sua identidade (Ross, 2006).



Fig. 17 - *Heyday*. Ugo Rondinone, 1995.



Fig. 18 - *Vocabulary of Solitude*. Ugo Rondinone, 2016.

As vivências com as doenças mentais são muitas vezes o impulso dos artistas na criação dos seus trabalhos. *The Hand that Rocks the Cradle*, 2015, uma instalação e performance de Lynn Lu foi inspirada pela sua experiência pessoal com depressão pós-parto. Lu convida as mães, ou outra pessoa, a escrever os seus pensamentos e sentimentos até então nunca revelados. A cama de rede presente no espaço estava disponível para os participantes se deitarem e com uns auscultadores ouvirem uma banda sonora suave, como se estivessem num útero, protegidos e nutridos (Lu, 2015).



Fig. 19 - *The hand that rocks the cradle*. Lynn Lu, 2015.

Pode-se afirmar que é grande o incentivo dos artistas e designers ao debate sobre doenças mentais, apesar da interação estabelecida entre o público e as obras ser complexa e variada, verificando-se quer um maior distanciamento e falta de compreensão, quer uma maior aproximação e empatia. É urgente modificar a perceção da sociedade perante estes transtornos e encorajar o pedido de ajuda (Ross, 2016). Estes objetivos podem ser atingidos se um diálogo saudável entre toda a comunidade for construído de forma a que mais histórias sejam partilhadas contrariando o silêncio e o julgamento, ainda tão presentes (Frank, 1997 como citado em Parsons *et al.*, 2013).

Scharf (1995 como citado em Harter *et al.*, 2016) e Hauser (1999 como citado em Harter *et al.*, 2016) constataam que é possível comunicar convincentemente e estimular uma reflexão através das artes visuais, visto que estas práticas recusam os princípios impostos e sugerem visões alternativas, impulsionando, ainda que a longo prazo, um caminho mais justo.

3 Trabalho de campo e projeto

3.1 Metodologia

No contexto da nossa investigação visamos responder ao problema do (auto-)estigma da depressão pós-parto, tendo em vista a diminuição do mesmo, contribuir para progressos dos níveis de literacia, colmatar a falta de iniciativas de comunicação sobre a problemática e projetar uma mentalidade mais tolerante. Assim, de forma a desenvolvermos a melhor solução ao problema que nos propomos a investigar, o processo metodológico, de paradigma qualitativo e quantitativo, constituiu-se como um passo importante na recolha dos dados mais relevantes e adequados à criação de um projeto prático, com recurso a materiais e ferramentas que as artes visuais e o design dispõem.

Predominantemente foram aplicados métodos de investigação qualitativos. Estes princípios atentam em pormenores e detalhes aparentemente triviais, considerando-os pistas cruciais para um melhor conhecimento do objeto em estudo (Bogdan & Biklen, 2007). O conjunto de métodos adotados pressupõe a História de Vida e História Oral, entrevistas e a leitura e interpretação de imagens. O paradigma quantitativo por sua vez permitiu recolher elementos numerais e fatos objetivos que nos dão uma perspectiva do fenómeno em estudo e do público ao qual o nosso projeto se destina.

Em paralelo foi realizada uma consulta e leitura de bibliografia cujos conteúdos são relevantes ao tema em estudo e enquadram teoricamente a nossa abordagem, explorando a caracterização da depressão pós-parto, a comunicação em saúde e exemplos centrados no design e instalação como resposta a problemas sociais.

3.1.1 História de vida e história oral

Privilegiando o contato direto com uma informante que nos pudesse testemunhar a sua experiência com a depressão pós-parto, a História de Vida e História Oral permitiu-nos uma abordagem descritiva, indutiva e complexa (Bogdan & Biklen, 2007). O testemunho documentado apresentou-nos uma realidade bastante rica e variada na forma de palavras, de imagens, de gestos e de documentos pessoais, impulsionando uma dimensão subjetiva e a criação de uma narrativa “bastante completa da experiência de vida como um todo”²⁰ (Atkinson, 1998, p.8), atendendo a detalhes que poderão criar mais empatia com o público, explicitando sequências de causa-efeito dos acontecimentos.

20. T.L.: “A life story is a fairly complete narrating of one’s entire experience of life as a whole...” (Atkinson, 1998, p.8).

A nossa informante é uma mulher atualmente com 34 anos, técnica superior de diagnóstico e terapêutica. Este contato foi impulsionado por um apelo feito pela Enfermeira Ana Vale no seu blog Mulher, Filha e Mãe²¹ (fig. 20), após uma entrevista via *skype*, realizada numa fase anterior ao início desta investigação e durante a qual contextualizamos a problemática que nos propúnhamos a investigar. Obtivemos duas respostas positivas, de duas mulheres do Porto e de Lisboa. Por questões de proximidade e de forma a obter mais facilidade de contato pessoal futuro, enviamos um e-mail à possível informante do Porto que respondeu afirmativamente ao nosso pedido de colaboração. Durante o processo investigativo, a estratégia dominante foi a entrevista, ocorrida em contexto presencial e informal, por duas vezes, num espaço reservado de um centro comercial da cidade do Porto, sugerido pela informante.

A primeira, no dia 12 de setembro de 2017, durou cerca de duas horas e meia e começamos por melhor expor o projeto e os nossos objetivos, assim como procuramos construir uma relação de proximidade e de confiança. Optámos por uma entrevista aberta, na qual a nossa informante foi incentivada a ter liberdade no relato da sua experiência, criando oportunidade de um discurso dinâmico e fluído e escolhendo os conteúdos e a sequência da sua apresentação numa narrativa: como tudo começou, quais os sintomas primários e que perduraram mais tempo, o que contribuiu para o desenvolvimento da doença e como se procedeu o tratamento e processo de recuperação. A segunda entrevista, no dia 20 de novembro de 2017, durou cerca de uma hora e meia. Desta vez, visto que surgiram dúvidas após a análise dos dados anteriormente recolhidos, o guião semiestruturado, foi já focado em questões específicas, sempre com a possibilidade de a informante introduzir assuntos igualmente relevantes.

Ao longo da investigação foi mantido um contato via e-mail (anexo 6.1), com dúvidas ou questões de ambas as partes, de forma a sustentar tópicos que tenham ficado perdidos. Este complemento possibilitou um contato mais regular e permitiu que a nossa informante gerisse mais facilmente a sua disponibilidade de colaboração.

As duas entrevistas realizadas à nossa informante não foram gravadas via áudio, impossibilidade devida ao ruído do local público combinado. Assim, tal como aconselham Bogdan and Biklen (2007), durante e após a entrevista, foram retiradas notas de campo (anexo 6.1) com o intuito de relatar o que se ouviu, as expressões e emoções comentadas e manifestadas ao longo da entrevista.

21. O artigo pode ser consultado na íntegra em <https://mulherfilhamae.blogs.sapo.pt/joana-nogueira-uma-jovem-artista-que-126733>

3.1 Metodologia

Notas da Entrevista a Ribeiro

Estava previsto o marido da nossa informante acompanhar esta entrevista e participar, no entanto, por indisponibilidade de horários não foi possível o seu comparecimento. As questões seriam mais tarde enviadas por e-mail.

Ao longo desta segunda e tal como na primeira, mostrou-se confortável e descontraída a falar sobre a sua história. Foi sentida uma maior aproximação e relação de confiança.

1º - Possibilidade de abrir o leque de contatos, caso se sinta confortável com a situação, de forma a solidificar a investigação e recolher outras perspetivas do tema.

(mostrou-se desde logo à vontade com a situação)

Considera que, para além do marido, o seu professor e instrutor de ioga, que foi também o seu psicólogo seria uma possível abordagem. A meditação e o relaxamento foram muito

Fig. 20 - Notas de campo da segunda entrevista, 20 de novembro de 2017.

Como parte desta investigação também nos foi providenciado um caderno pessoal (anexo 6.1) onde a nossa informante anotava situações relacionadas com a maternidade, no período em que esteve doente. Esta informação suplementar - descrita pormenorizadamente no capítulo 3.3 - veio auxiliar a construção de significados patentes nas ilustrações da componente prática.

Esta investigação faz-se acompanhar de um termo de consentimento de confidencialidade (anexo 6.2), assinado por ambas as partes, visando um contrato entre investigador e participante. Desta forma estamos a proteger ambos os interessados, confirmando o consentimento de utilização dos dados fornecidos e reclamação no eventual incumprimento do acordo.

Data	hora	quantidade	tipo	observações	hora
29/12	03:00	≈ 25 ml	D-15 ml		
	03:45		E-15 ml		
"	10:30	≈ 15 ml	30 ml		12:30
	11:00				≈ 10
29/12	13:40	10 ml	E-15 ml		
	14:20		D-12 ml		
"	16:50	40 ml	15 ml	Col. 10	
"	18:45	≈ 10 ml	D-15 ml	Col. 10	
"	20:15		E-12 ml		
"	23:45		E-12 ml		
"	00:10		D-12 ml		
30/12	3:50 am	≈ 15 ml	D-12 ml		
	4:55 am		E-12 ml		
"	9:10	≈ 20 ml	D-10 ml		
	10:10		E-10 ml		
"	12:50	≈ 10 ml	E-15 ml		
	13:30		D-15 ml		
"	14:00		D-15 ml		

Fig. 21 - Página do caderno pessoal da informante. Informação relativa à alimentação do bebé. Restantes exemplares no anexo 6.1

Durante a nossa investigação foi necessário entrevistar terceiras pessoas com vista a recolher outras perspetivas do tema em estudo. Os contatos pertencentes ao grupo familiar e pessoal da informante foram autorizados e disponibilizados pela mesma. Visto que este período, durante o qual a nossa informante esteve doente, trouxe alguns problemas de memória - que serão descritos e enunciados no capítulo 3.3.3 - houve a necessidade de entrar em contato com o seu marido, de 40 anos e igualmente técnico superior de diagnóstico e terapêutica. As questões formuladas foram respondidas via e-mail (anexo 6.3), uma vez que uma entrevista presencial não foi possível, devido à incompatibilidade de horário de trabalho. A recetividade em fornecer a sua visão sobre a doença e o período pós-parto, assim como novos detalhes desta experiência, vieram ampliar e solidificar a investigação, contribuindo igualmente para a construção da componente prática.

Um outro conjunto de entrevistas²² (anexo 6.3) também foi realizado, nomeadamente a Ana Vale, 28 anos, enfermeira especializada em saúde mental e psiquiátrica, na sua perspetiva de mãe²³ e fundadora do *blog* que aborda a problemática; a Joana Nogueira, uma mãe de 26 anos que, apesar de não ter sofrido de depressão, se mostrou disponível a dar-nos o seu ponto de vista do período pós-parto e da doença; e a Mikaela Övén, facilitadora e *coach* de *mindfulness*, indicada pela nossa informante, como possível contacto para obtenção de uma perspetiva sobre esta estratégia de tratamento. As duas primeiras entrevistas foram realizadas via *skype*, com um guião semiestruturado, oferecendo oportunidade às entrevistadas de abordarem e introduzirem aspetos que considerassem importantes. Era de nossa vontade abordar o tema em estudo com uma psicóloga/psiquiatra e professora da Universidade do Minho, nomeadamente a visão desta quando em contacto com doentes, porém não obtivemos resposta via e-mail. Situação idêntica com o contato do psicólogo disponibilizado pela nossa informante.

3.1.2 Inquérito

Com o intuito de melhor orientar e sustentar o projeto, procedemos a uma intervenção localizada de forma a perceber e a avaliar a consciencialização e o conhecimento popular sobre o tema em estudo, através da elaboração de um inquérito que ocorreu entre dezembro de 2017 e maio de 2018. Idealmente recorreremos a uma abordagem online, porém e contrário do que seria de esperar, a adesão foi fraca e a falta de respostas era considerável.

22. Todas as entrevistas divulgadas nesta dissertação foram autorizadas pelos respectivos entrevistados.

23. Durante o primeiro ano de mestrado, foram realizados dois trabalhos sobre a temática, com vista uma exploração primária do tema. A sua experiência como mãe e com intensos *baby blues* - relatada na entrevista no anexo - foram importantes para o desenvolvimento de um dos projetos que pode ser consultado através do *link*: <https://vimeo.com/283522396>

3.1 Metodologia

Assim, optamos por um contato presencial iniciado com pessoas do círculo mais próximo da autora do projeto. Esta abordagem mais direta impulsionou que alguns dos inquiridos divulgassem a mensagem, que consequentemente se traduziu num aumento de resposta via online.

A amostra centra-se em 80 indivíduos, do sexo X e Y, com idades compreendidas entre os 22 e os 82 anos (média e desvio padrão) e teve-se em consideração o seu nível de escolaridade (ensino primário, ensino básico 2º ou 3º ciclo, ensino secundário, profissional ou superior). O inquérito (anexo 6.4), construído de raiz, incide sobretudo no conhecimento de sintomas, fatores de risco ou consequências da doença, na divulgação (in)suficiente de informação sobre a depressão pós-parto e no possível estigma associado à mesma. Para enriquecer estes três pontos principais questionou-se a origem do conhecimento sobre a doença, se algum familiar, amigo ou conhecido teriam passado pela experiência e qual as plataformas ou meios mais pertinentes para obtenção de informação.

De forma a agilizar o tempo dos inquiridos e a facilidade de resposta, decidimos introduzir respostas de escolha múltipla em duas das questões, com a possibilidade de resposta aberta.

Salienta-se que algumas questões não foram obrigatórias, se levarmos em conta a hipótese de os inquiridos não saberem do que se trata a depressão pós-parto; nesses casos passariam diretamente à última questão, ficando as outras em branco.

3.1.3 Etnografia visual

Nesta investigação consideramos a etnografia visual, visto a necessidade de estudar a presença ou ausência de comunicação sobre a depressão pós-parto, assim como a produção de material visual. Durante o processo metodológico recorremos ao exame de “representações visuais pré-existentes” (Banks, s.d. como citado em Pink, 2007) e avançamos em duas frentes. Primeiro, até dezembro de 2017, uma recolha do material gráfico - brochuras, panfletos/flyers e cartazes -, existente ou não nos corredores e salas de espera de 3 centros de saúde (SASU Matosinhos, Carvalhosa e Covelo) e 3 hospitais (Santo António, Pedro Hispano e Maternidade Júlio Dinis), do distrito do Porto, que se destine à comunicação da depressão pós-parto. O nosso intuito seria analisar a quantidade e o tipo de informação disponibilizada aos utentes. E em segundo, uma coleta de imagens e brochuras/panfletos, através de uma pesquisa aleatória no motor de busca google, sobre a depressão pós-parto, destinada à realização de uma foto-elicitação. Sendo a realidade percecionada subjetivamente, estabelecer um contato com a sociedade é crucial para obter informação sobre o mundo em que esta vive e como o entende. Desta forma, pareceu-nos pertinente introduzir, complementarmente aos inquéritos, uma foto-elicitação, impulsionando um espaço para uma outra reflexão sobre o tema.

Dialogar com a comunidade, através de estratégias visuais, implica que esta seja capaz de compreender as construções imagéticas com as quais se confronta, atribuindo significados relacionados com as suas próprias experiências, cultura e emoções. Consideramos que esta leitura prévia será essencial para que as nossas decisões culminem numa solução adequada do tema apresentado. Uma vez que a quantidade de material recolhido era ampla, foi necessário fazer uma seleção do material visual, evitando apresentar uma amostra demasiado excessiva e repetitiva.

Realizada aquando os inquéritos presenciais, a foto-elicitação abrangeu somente 22 inquiridos, entre os 22 e os 65 anos (média e desvio padrão), do sexo X e Y, uma vez que esta análise é mais extensa e requer uma disponibilidade substancial de tempo por parte dos inquiridos. Às 5 questões formuladas (anexo 6.6) propôs-se uma análise intuitiva e a procura de um significado tendo em atenção à forma e ao conteúdo das imagens. A seleção das imagens teve em conta estratégias que pudessem suscitar novas interpretações, nomeadamente a diferença de cor, a presença de texto e a comparação entre sequências fotográficas e ilustrativas. Tal como nos inquéritos, propusemos algumas respostas que fosse um auxílio no desbloqueio da linha de pensamento dos inquiridos.

3.2 Análise de dados

A triangulação dos dados recolhidos revela-se essencial na resposta à nossa questão de investigação. As conclusões desta análise serão reveladas de seguida.

Desde logo, as entrevistas conduzidas à nossa informante e ao seu marido, à enfermeira Ana Vale e a Joana Nogueira expõem a relevância que o tema em estudo assume perante toda a sociedade. A disponibilidade, o à vontade e a relação de confiança estabelecida foram constantes. Validam a sua experiência com o universo desconhecido do pós-parto e a aceitação, ainda frágil, de que a uma gravidez desejada estão inerentes mudanças e adaptações que são trabalhosas e necessitam de uma aprendizagem constante. Apesar das adversidades, o amor pelo(s) filho(s) foi sempre uma constante e o apoio dos companheiros, amigos e/ou familiares constitui uma parte muito importante em toda esta fase. Estas convicções foram suportadas também por via dos restantes métodos de investigação que não só se revelaram fontes que legitimaram a nossa abordagem, como também nos forneceram elementos passíveis de serem transformados em matéria concreta.

O testemunho da nossa informante foi estudado com recurso à construção de diagrama (figura 22) que reflete os episódios e pormenores mais importantes da sua experiência. O nosso projeto evolui a partir deste esquema que nos ajudou a restringir os vários cenários possíveis, a selecionar e definir os materiais e dispositivos mais adequados a utilizar e a desenvolver.

Os dados quantitativos e qualitativos do inquérito (na íntegra no anexo 6.4) demonstram que as pessoas conseguem caracterizar a depressão pós-parto. Mesmo as respostas negativas indicam que, embora não consigam descrever a doença, esta não é totalmente desconhecida. É recorrente associar a depressão pós-parto a uma doença mental ou a uma depressão “normal” que acontece no período após o parto, verificando-se igualmente a enumeração de alguns dos principais sintomas e de fatores sociais e biológicas que contribuem para a manifestação da doença. Complicações na relação com o bebé e nas relações familiares e sociais são as consequências mais apontadas. Menos presente encontra-se a familiaridade com experiências pessoais da doença. Apesar disso, confirma-se que é através de conversas entre amigos e/ou familiares que alguns inquiridos obtêm este saber, seguidas por notícias publicadas pelos media e brochuras ou cartazes presentes em locais hospitalares. Referenciam-se, ainda, experiências pessoais da doença ou contato com a temática em aulas de preparação para o parto.

Não obstante ao conhecimento generalizado sobre a temática, a grande maioria dos inquiridos afirma que a divulgação da temática é escassa, contrastando com os apenas cerca de 10% que negam este cenário.

Efetivamente, a informação não é de todo inexistente, porém quando equiparada à difusão de outras doenças, presenciam-se lacunas da sua existência. Quando confrontados com o meio ou plataforma mais pertinente para obtenção de informação, a resposta com um resultado mais acentuado, com um total de 59,7%, foi a implementação de brochuras e/ou cartazes em centros de saúde. Os media e as campanhas de sensibilização, tal como as que divulgam o cancro da mama ou do colo do útero, surgem logo de seguida. O sistema nacional de saúde a par dos profissionais de saúde e das consultas são apontados como meios responsáveis e credíveis pela transmissão de informação. A falta de divulgação acredita-se estar associado o problema do estigma, ainda muito presente, a comprovar pelos 81,8% de respostas afirmativas.

É referido que a doença não é reconhecida como tal e o seu estereótipo de loucura ou de mulheres anormais e incapazes origina um auto estigma, responsável pelo não pedido de ajuda. A desvalorização é também apontada como um fator e “devido à falta de informação, muita gente é capaz de criticar a mãe pela condição em que fica” (resposta de inquérito), alegando que só quer ficar em casa a descansar. “Esquisitices”, “manha” e “frescura” são expressões populares que demonstram o julgamento feito a mães que não sentem a felicidade plena nesta fase das suas vidas. O estigma está não só relacionado à depressão pós-parto, mas a todas as doenças mentais, as quais se pensa não ser necessário acompanhamento ou tratamento.

Nas conversas informais, evoluídas a partir dos inquéritos presenciais, o tema foi alvo de uma maior expansão e reflexão e obteve-se contato com desabafos de experiências pessoais com a maternidade e período pós-parto em que mães, pais e familiares ou amigos próximos destes lembraram episódios que aconteceram. Por exemplo, as muitas opiniões dos familiares e amigos, ainda que por vezes com as melhores das intenções, são apontadas como contributos negativos para a perceção e o comportamento que as mulheres têm no seu papel de mãe: **“As pessoas estavam sempre ‘em cima de mim’ e do bebé. Nos primeiros dias queriam logo pegar nele (...) e não percebiam que aquele era um momento só meu”** (resposta de inquérito).

Curiosamente uma percentagem de indivíduos do sexo masculino, ainda antes de iniciar a conversa, afirmava que não sabia como poderia ajudar na investigação, visto serem “homens”. Alertar que a doença não é inteiramente da responsabilidade das mães/mulheres, junta-se à pertinência de abordar a depressão pós-parto no masculino, visto que não foi praticamente referenciada e este é, também, um problema que afeta gravemente as relações familiares.

3.2 Análise de dados

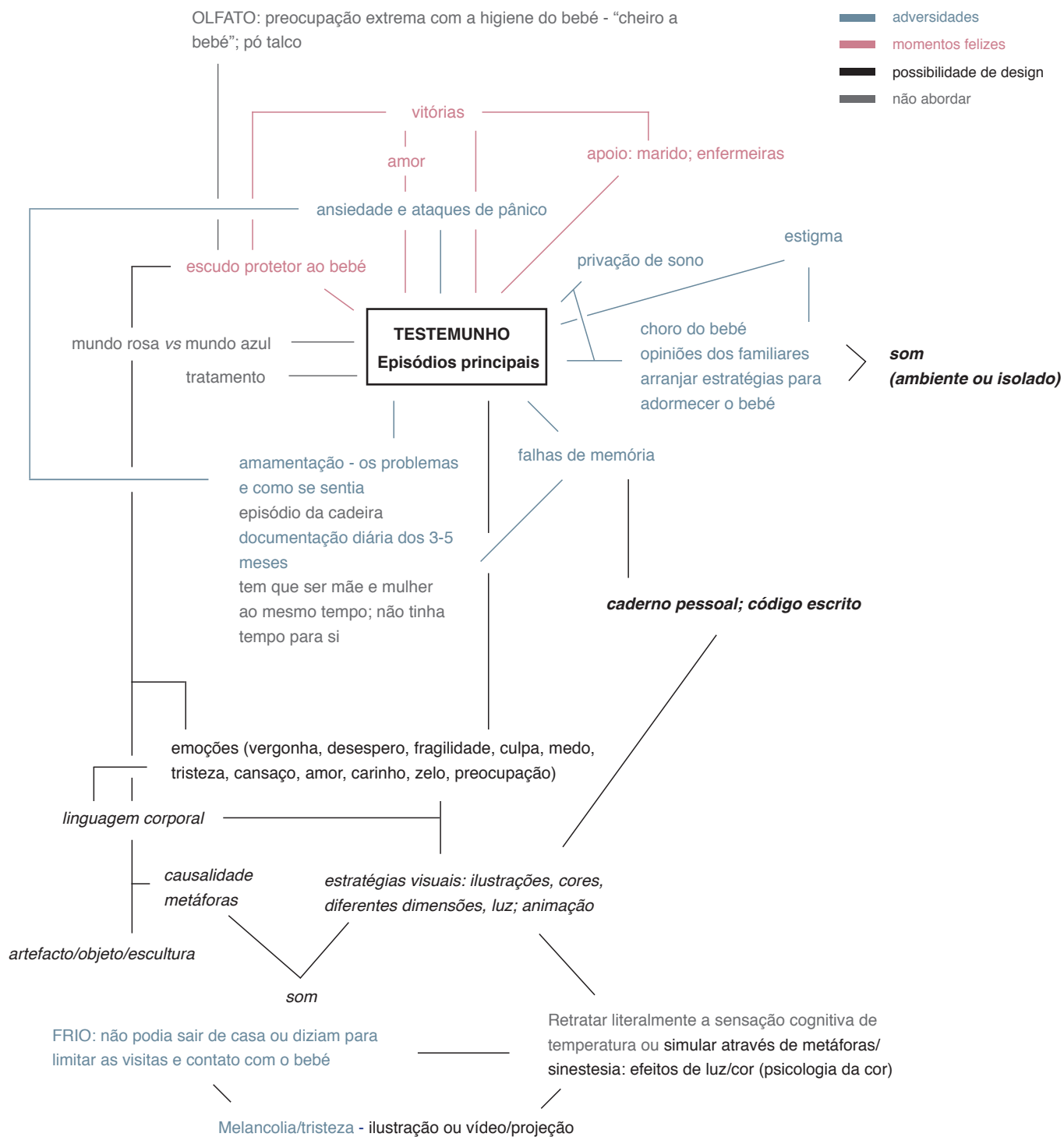


Fig. 22 - Diagrama do estudo do testemunho.

Se sim, como a caracteriza ou que visão tem da doença? (Tenha em conta sintomas, fatores de risco, consequências ou outros que considerar importantes)

54 respostas

1. A doença acaba por se caracterizar por um sentido de isolamento.
2. Conflito entre o que se devia sentir aonde mãe e o que na realidade se sente, leva ao sentimento de incompetência e de falta de vontade de avançar, o que por sua vez leva a frustração e infelicidade.
3. É como a palavra indica uma depressão, nos quais os sintomas consistem na rejeição pessoal, na falta de interesse e força interior pela vida, etc.
4. É uma doença mental que resulta num sentimento de infelicidade, fragilidade. Os sintomas são, sobretudo humor depressivo, isolamento e cansaço.
5. Depressão pós parto é uma patologia do foro psiquiátrico associada ao desenvolvimento de sintomas associados à depressão (adinamia, humor deprimido) que se desenvolve num período de tempo especificamente associado ao período neonatal e pós parto.
6. Baixa auto estima, desânimo constante, irritabilidade, desinteresse pelo bebé, insegurança constante, pânico, falta de prazer nas atividades diárias...

Através de que meios teve conhecimento da mesma?

55 respostas

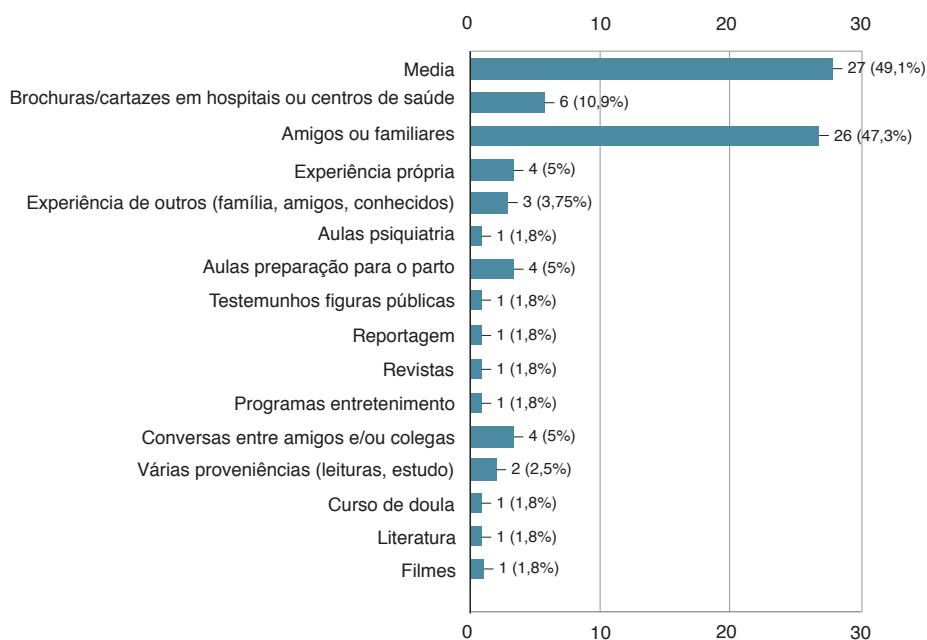
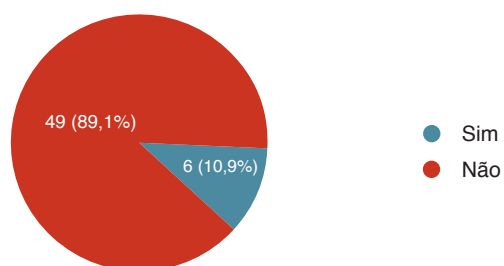


Fig. 23 - 2/8 das questões e respetivas respostas do inquérito.

Considera que a informação sobre a doença é suficientemente bem divulgada?

55 respostas



Através de que plataforma ou meio considera mais pertinente obter informação?

80 respostas

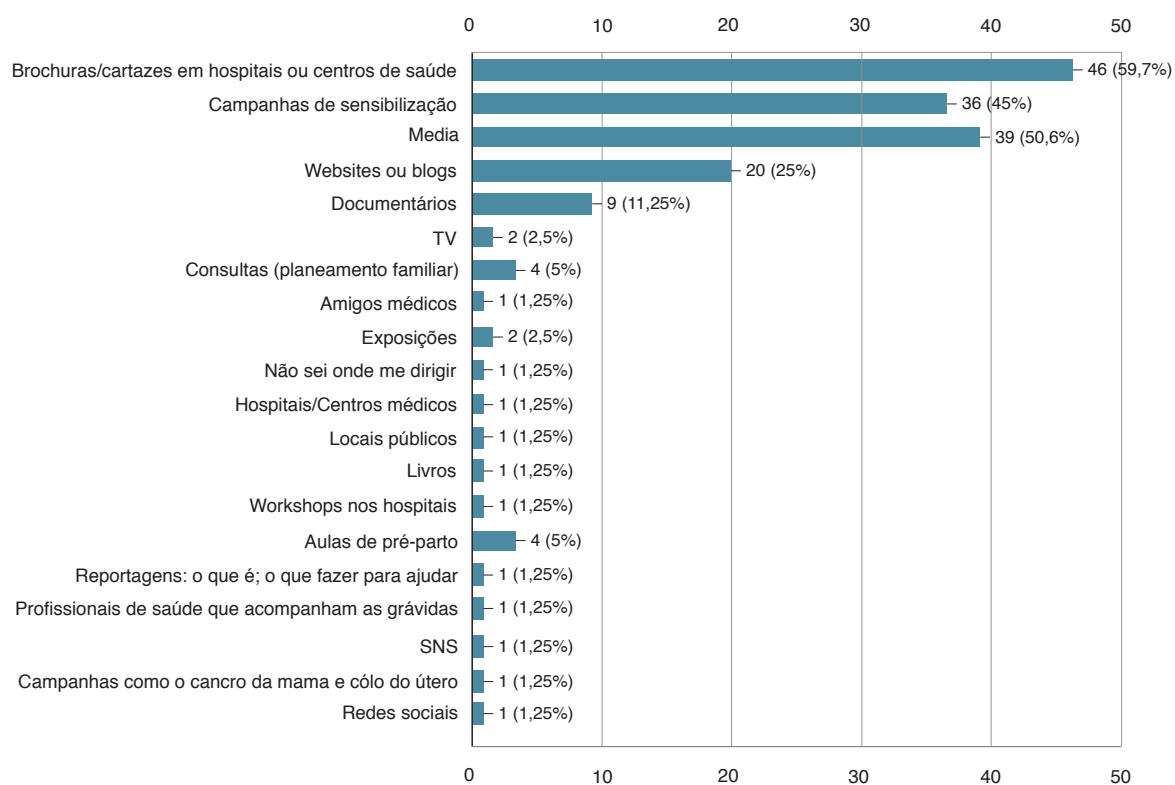


Fig. 24 - 2/8 das questões e respetivas respostas do inquérito.

A carência da exposição da depressão pós-parto constata-se em todos os centros hospitalares onde procedemos à recolha de matéria visual e escrita. Desconhecemos a eventual exposição sobre o tema nos consultórios médicos ou nas salas destinadas às aulas de preparação para o parto e pós-parto. Dos dados recolhidos o problema é referenciado pelos profissionais de saúde responsáveis, ainda que de forma pouco extensa e com a relevância necessária. O conjunto recolhido²⁴ (anexo 6.5) abrange na sua maioria cartazes que abordam as temáticas da gripe, sarampo ou diabetes (na gravidez), sem referência à depressão ou saúde mental.

Aquando a leitura intuitiva das imagens das questões *a* e *b* da foto-elicitación, reconhece-se um padrão que aponta a linguagem corporal como veículo capaz e eficaz de comunicar sintomas característicos da depressão pós-parto. Esta dedução resulta das emoções negativas descritas nas mesmas imagens e justificadas pelos gestos e posturas corporais, relação entre pessoas e, ainda que em minoria, expressões faciais.

Numa tentativa indireta de explorar o fator cor, quando comparando duas imagens – uma a preto e branco e outra a cores –, e a sua relação com possíveis representações mais ou menos negativas (tristeza, cansaço), este foi vagamente referenciado. Efetivamente realça emoções, mas como complemento à postura do corpo da mulher ou ao seu comportamento perante o bebé, indiciado através da aproximação ou afastamento físicos. A contextualização do tema é um indicador que nos parece ser importante, visto que foi enunciada a possibilidade do cansaço ou tristeza representados poderem ser derivados de outras situações não exclusivas da relação mãe e bebé.

Efetivamente, uma imagem pode ter várias interpretações ou constituir uma dualidade. Apesar da maioria das pessoas ter associado a depressão pós-parto a momentos infelizes, afirmamos que uma imagem pode apresentar dois lados desta doença²⁵: apesar das dificuldades perante a felicidade, é possível existirem momentos de carinho e harmonia entre mãe e filho; ou, por vergonha, expressões sorridentes ocultam a tristeza. Esta dualidade simples e objetiva nem sempre é possível em imagens fotográficas, pelo que as ilustrações foram referenciadas como sendo meios capazes de fornecer uma mensagem mais completa, através da construção de narrativas e valores simbólicos. Da mesma forma que as fotografias são mais empáticas, são também caracterizadas como triviais, distraíndo o leitor da história através da roupa e do cenário.

24. Pelas imposições colocadas ao ato de fotografar nestas unidades hospitalares, alertamos que a qualidade das fotografias não são as melhores, visto terem sido registadas com telemóvel.

25. Ver respostas à questão *d* da foto-elicitación no anexo 6.6.

3.2 Análise de dados



Fig. 25 - Imagens da questão a da foto-eliciação.



Fig. 91 - To The Mom-To-Be Who Is Struggling To Hold It Together, Scary Mommy, s.d.



Fig. 92 - Depressão pós-parto, Psicólogos Berrini, s.d.

1. Ambas transmitem carga negativa. Exibem preocupação. Mas a imagem a preto e branco tem uma carga mais forte e a cores é mais alegre.
2. Sim, as duas. Pela cor não, saliento mais a expressão, os gestos, a mão na cabeça. A 91 demonstra falta de paciência e a 92 uma atitude de “Tem que ser...”
3. A 92 é mais negativa. Consigo perceber mais uma expressão de frustração. Na 91 não sei o que se passa, porque a expressão está escondida. A cor não é relevante.
4. A imagem 92 transmite uma carga negativa. Devido à expressão de desamparo da mãe e à linguagem corporal (afastamento físico entre mãe e bebê).
5. A 92 é mais negativa do que a 91. Não consigo ver os olhos da imagem 91. Até pode estar a rir-se de outra situação. Na 92 vê-se que está cansada, embora possa estar preocupada com outro assunto que não o bebê.
6. São as duas muito semelhantes. A única diferença grande é o bebê: um está a chorar e o outro mais sereno.

Fig. 26 - 6/22 das respostas à questão b da foto-eliciação.

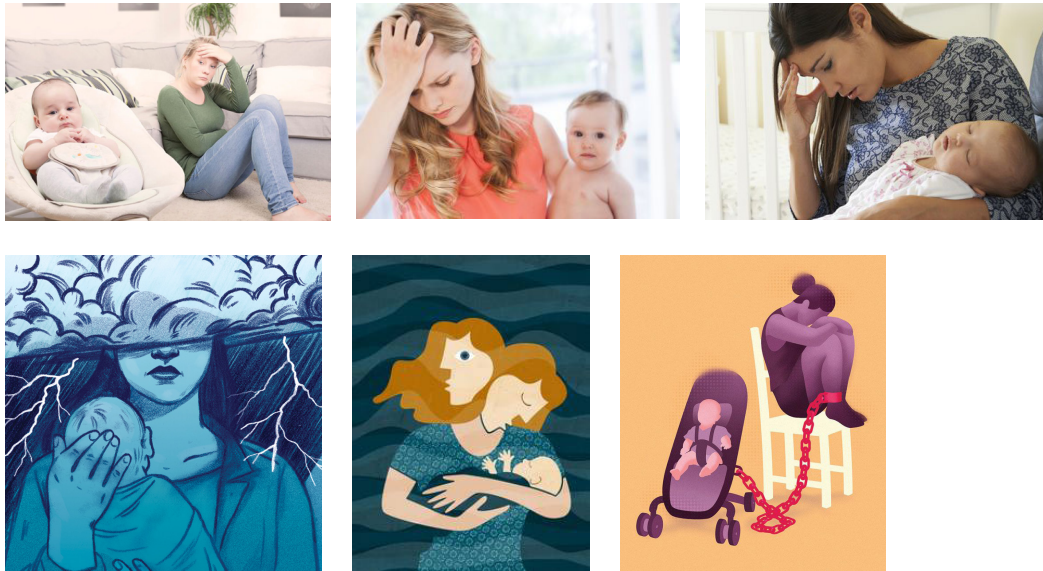


Fig. 27 - Sequências comparativas entre fotografias e ilustrações. Questão d da foto-eliciação.

Um outro tópico de análise foi a informação escrita. Os dados demonstram que as pessoas, na generalidade, preferem uma mancha de texto em bloco ao invés das infografias, as quais criam confusão na sua leitura. As nossas ilações remetem duas frentes: fraca capacidade de interpretação deste tipo de informação; ou exemplos apresentados de fraca qualidade técnica. Para tal necessitaríamos de uma extensão de tempo de forma a aprofundar o estudo neste campo.

A amplitude da recolha e análise de dados aqui descrita sumaria-se numa validação desta problemática: “**assunto muito pertinente, sempre atual e de responsabilidade social**” (resposta de inquérito). Preserva-se a diligência que vise a prevenção e cuidado da saúde das mães e dos pais, que não deve ser esquecida (Ribeiro, em entrevista, 2017).

Reserva-se uma dedicação especial, sobretudo, do sistema de saúde em creditar este tipo de informação e divulgá-la atempadamente, visto que a sociedade deposita confiança nos profissionais médicos e no material comunicativo hospitalar. Não sendo totalmente desconhecida poderá investir-se em amenizar a carga depreciativa associada à depressão pós-parto, conservando a ideia de que “pode haver bons momentos”, cruciais para o fortalecimento e superação das fases mais difíceis.

Visa-se o papel dos designers como um contributo na criação e difusão destas mensagens, através de uma linguagem objetiva, clara e apelativa, evitando informação confusa e demasiado extensa ou complexa. Um conhecimento coletivo sobre a doença é essencial, de forma a construir respostas imediatas e vigilantes face aos mais afetados.

3.3 Projeto

O presente capítulo introduz a descrição e justificação do projeto “Mãe, Presença (des) habitada: uma reflexão artística sobre a depressão pós-parto”, com base no estudo dos conteúdos propostos e da análise dos dados recolhidos.

A nossa solução suporta a criação de uma instalação que expõe o testemunho documentado e recolhido ao longo da investigação. Optamos por esta plataforma em detrimento de outras, porque a linguagem multifacetada pela qual se rege permitiu-nos atribuir uma constelação de significados a toda a vivência da nossa informante, tornando mais humano e íntimo os detalhes do conjunto de episódios que nos foi relatado. Salienta-se a sua versatilidade e viabilidade de aplicação em variados locais e situações, tais como hospitais, congressos e seminários ou exposições ligadas à saúde mental. A história contada descreve um universo e um espaço que caracterizam o período em que teve lugar esta experiência.

3.3.1 Abordagem concetual

A nossa abordagem assenta essencialmente numa perspetiva humanista e fenomenológica, através da qual será possível interpretar e representar os eventos que ocorreram na vida da nossa informante.

Tal como sugere Heidegger, a obra de arte nasce a partir do conhecimento que um indivíduo tem do mundo e da sua experiência subjetiva com as coisas, atribuindo-lhes significados (Cazeaux, 2000): “Antes que as coisas possam existir, tem que haver condições que permitam a sua criação ou a sua tomada de consciência”²⁶ (Cazeaux, 2000, p.68). Para Heidegger, a verdade denomina-se pelo conceito de *aletheia* que nos indica uma “revelação dos seres” (Cazeaux, 2000, p.69). Este conceito de verdade não se rege por princípios rígidos ou fixos e coloca-nos perante a possibilidade de descoberta de novas perspetivas e da interpretação da realidade em que vivemos. Tal como sugere Cazeaux (2000) os sentidos são um exemplo do conceito de Heidegger, pensamento sustentado por Rodaway (2002) que nos introduz a geografia dos sentidos, isto é, a união da experiência e significado que se atribui à experiência multissensorial que acontece diariamente. É natural que o conhecimento que temos do mundo se baseie nos sentidos e nos significados que eles comportam em si e que são posteriormente apreendidos pela sociedade: “O(s) sentido(s) é (são) tanto um alcance do mundo como uma fonte de informação e uma compreensão desse mundo”²⁷ (Rodaway, 1994, p.5).

26. T.L.: “Before things can exist, there have to be the conditions which allow things to come into being or made to appear before consciousness.” (Cazeaux, 2000, p.68).

27. T.L.: “The sense(s) is (are) both a reaching out to the world as a source of information and an understanding of that world so gathered” (Rodaway, 1994, p.5).

Assim, as nossas decisões e escolhas para a realização da componente prática sustentam-se através dos significados, valor simbólico e associações que os objetos criados e os recursos materiais utilizados estabelecem com a nossa experiência subjetiva apreendida do mundo e das relações e comportamentos sociais que estabelecemos. Acrescenta-se a influência que os nossos sentidos nos proporcionam na apreensão de significados diretos ou por meio de percepção, como por exemplo a sinestesia. O foco do nosso tratamento será sempre o testemunho desta mãe e de que forma as ferramentas que dispomos serão capazes de traduzir com empatia os seus sentimentos, sem esquecer a educação para a saúde na sensibilização de quem visita a instalação.

3.3.2 Descrição e justificação das opções técnicas e formais

De forma a contar o mais fielmente possível a história desta mãe, foram tomadas e pensadas um conjunto de escolhas que alcançassem a melhor solução, da qual derivou a criação de uma série de composições e objetos vários, aplicados ao espaço. O diálogo entre cada uma das peças reflete uma identidade profunda e a comunhão que estabelece com as relações sociais, estimulando o envolvimento e compreensão da audiência na obra.

O elemento mais presente da nossa instalação - as ilustrações - foi sujeito a um processo gradual de estudo do vocabulário visual para nos certificarmos da melhor técnica, tipo de linguagem e materiais a utilizar. Primariamente, optamos por desenhar figuras, gestos ou elementos tradicionalmente associados à maternidade ou às ideias chave de julgamento e críticas. Servindo-nos da silhueta de uma mulher grávida começamos por experimentar a linha através de marcadores, pincel e tinta da china (figura 28). No entanto percebemos que o desenho ou se tornava muito contido e quase pictórico ou demasiado orgânico. Testámos também a técnica de mancha com aguarela (figura 29), mas o resultado pareceu-nos demasiado utópico e com um semblante carregado.

3.3 Projeto

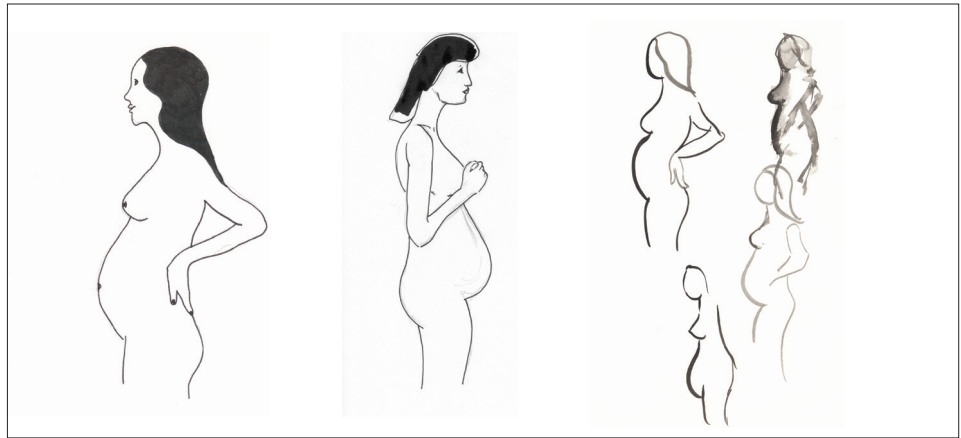


Fig. 28 - Estudos da linha com marcadores, pincel e tinta da china.

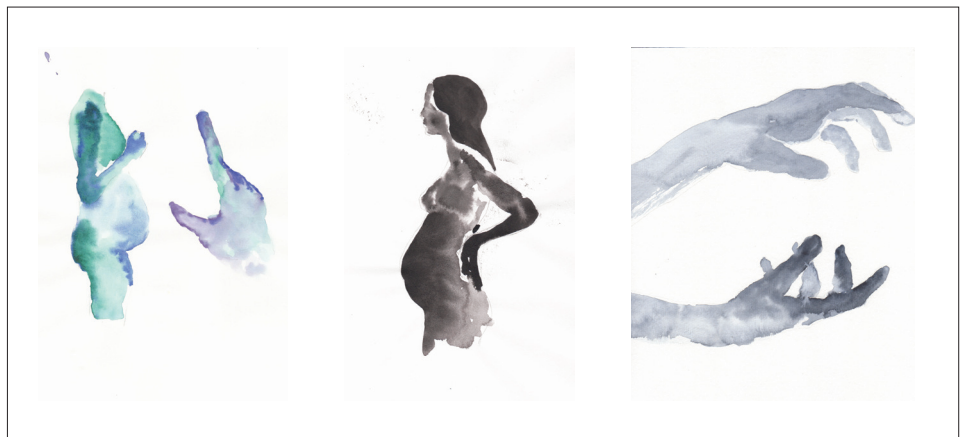


Fig. 29 - Estudos da mancha a aguarela.

Não querendo abandonar uma perspectiva manual e como ambicionávamos um desenho racional e sóbrio, estabelecemos que a melhor técnica seria a linha, que concede figuras dinâmicas e límpidas, e exalta a gestualidade da silhueta (Goldstein, 1987). Explorada através de diferentes graduações de grafite, pela sua simplicidade, sobre uma base de acrílico, de pinceladas bruscas, a linha adquire diferentes texturas e revela irregularidades na silhueta do desenho que remetem para as inseguranças nos micro acontecimentos de mudança e um sentimento de irritabilidade que personificavam esta mãe. A mancha de aguarela, presente em algumas ilustrações, pela sua transparência e espontaneidade, simboliza, respetivamente, a fragilidade e a falta de controlo vividas em cada momento da vida. A cor envolve-se também nas significâncias dos objetos criados. Os tons cinzentos e azuis cinza remetem para um estado recorrente de melancolia, tristeza e depressão, contrastando com o rosa e com o verde, de duas das ilustrações, que se associam ao amor e carinho, e à esperança na cura e confiança de quem presta auxílio, respetivamente (Heller, 2013).

Tendo por base o conceito de imagem como sintoma visível, cada uma das ilustrações afirma as inquietações da nossa informante perante os acontecimentos por si relatados, e que expressamos pela linguagem corporal, veículo de comunicação que “cruza todas as barreiras culturais” (Fast, 1971, p.16). De forma a atribuir proporções corporais corretas fotografamos primeiramente uma figurante²⁸ e a partir das imagens selecionadas delineou-se a silhueta principal que foi posteriormente transferida e trabalhada no papel. Preocupou-nos o desenho de uma figura feminina cujas formas corporais mais volumosas nos indicassem uma recente gravidez. Apesar da depressão pós-parto não ser exclusiva de determinada raça, etnia ou faixa etária, salienta-se que sendo este um projeto sustentado por um testemunho documentado optámos por recorrer às características físicas da nossa informante, constituindo um exemplo entre muitos outros. As expressões faciais estudadas nos primeiros esboços (figura 28) tornavam o desenho infantil, pelo que optamos por incluir o nariz e ténues sorrisos, não descurando um caráter real e antropomórfico das figuras, comportando o significado da dualidade desta vivência: apesar do sofrimento resultante da doença, havia espaço para momentos de felicidade perante o filho.



Fig. 30 - Primeira tentativa de desenho com linha e mancha de aguarela.

28. Com exceção de três ilustrações. Uma vez que não tivemos oportunidade de fotografar um bebé, tivemos necessidade de recorrer a imagens retiradas da internet que representassem as cenas que pretendíamos.

3.3 Projeto

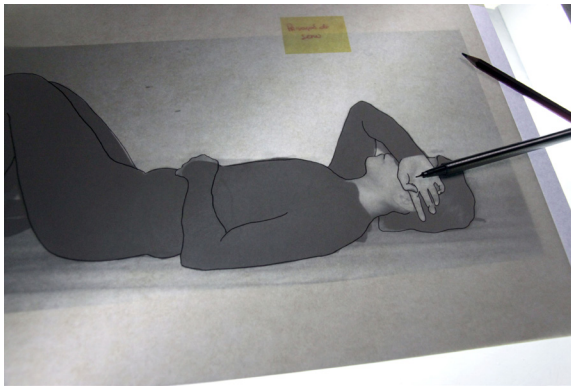


Fig. 31 - Desenvolvimento dos estudos das silhuetas. Transferência para o papel através de uma mesa de luz.

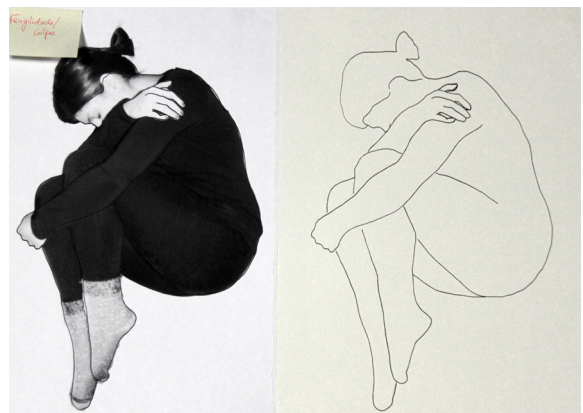
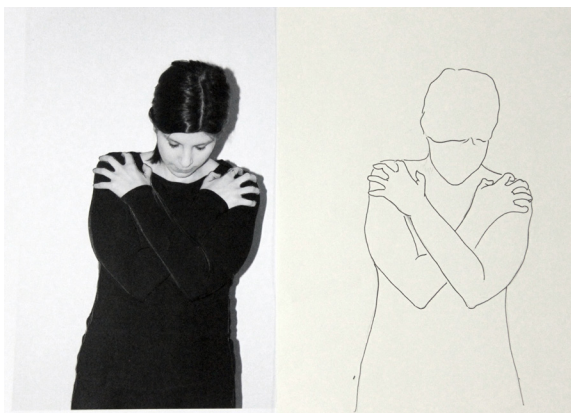


Fig. 32 - Dois exemplares das imagens selecionadas e respectivas silhuetas resultantes do processo de transferência através de mesa de luz. Restantes estudos disponíveis no anexo 6.7



Fig. 33 - Exemplar da evolução do desenho de uma das ilustrações.

O processo de ilustração foi alvo de uma transformação, até se conquistar as ilustrações finais, sendo necessário redesenhar algumas figuras e cenas, sempre com o intuito de melhor caracterizar e representar os vários acontecimentos da nossa narrativa.

DATA	HORA	Biberões (ml)	Mamada (tempo)	Intestinos
29/12	03:00	≈ 25 ml	E = 15 min	
"	10:30 11:00	≈ 15 ml	30 min	
29/12	13:40 14:20	10 ml	E = 15 min D = 12 min	x 4
"	16:50	40 ml	15 min	cólicas
"	23:45 00:10		E = 12 min D = 12 min	

Fig. 34 - Pormenor do estudo das falhas de memória. Esquema e caligrafia inspirados no caderno pessoal da nossa informante.

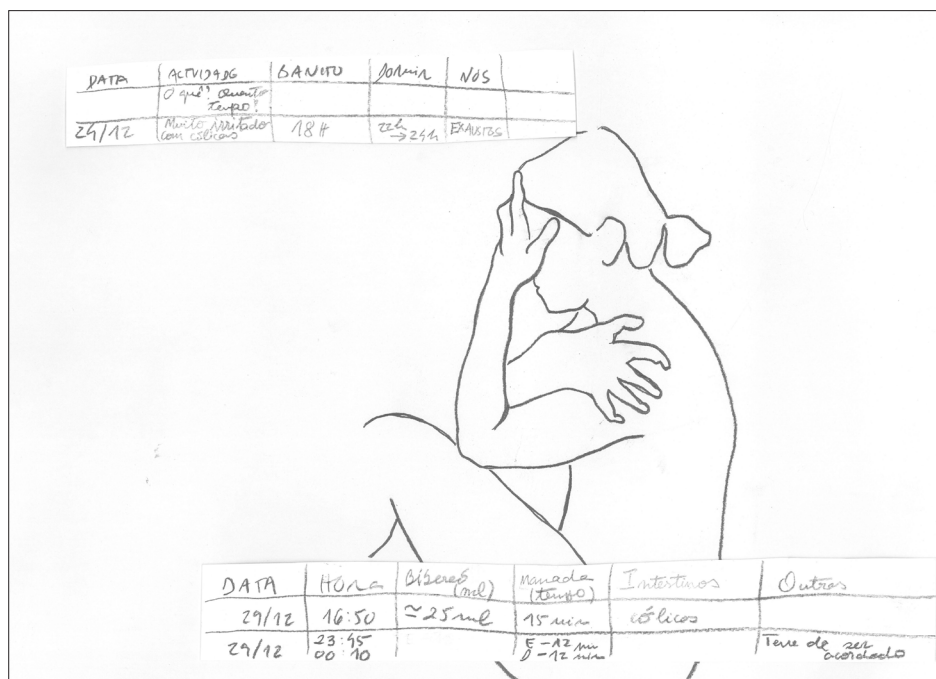


Fig. 35 - Estudo da representação ilustrativa das falhas de memória e cansaço mental.

3.3 Projeto

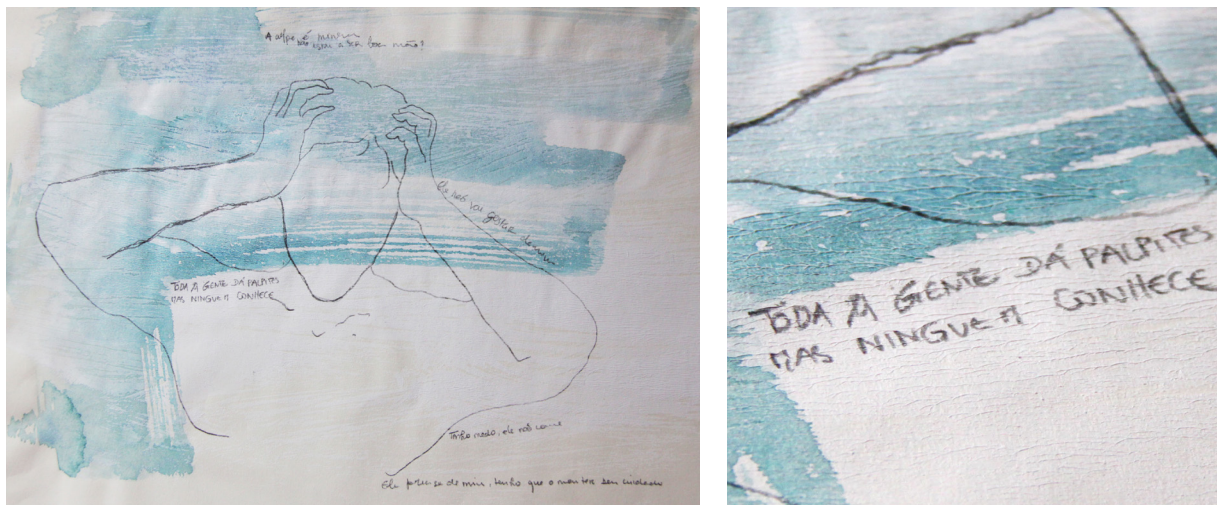


Fig. 36 - Esboço da primeira tentativa de representação do desespero e pormenor dos elementos textuais. Estes exprimem alguns dos pensamentos descritos pela informante.

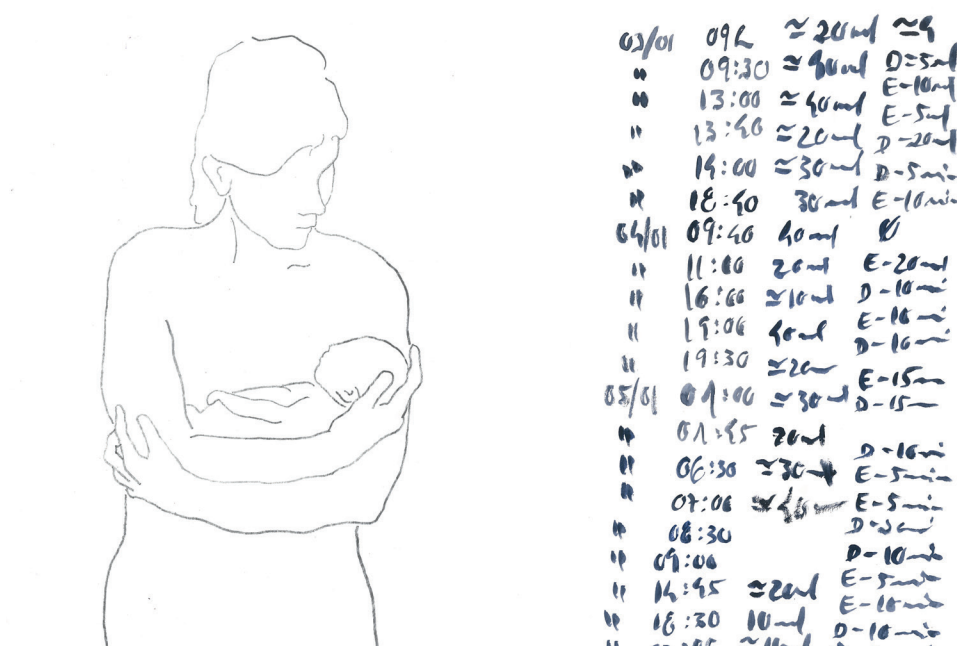


Fig. 37 - Estudo representativo da organização das tarefas relacionadas com a maternidade. Código escrito baseado no caderno pessoal da informante.



Fig. 38 - Exemplo do estudo representativo do julgamento ao papel de mãe e falhas de memória.



Fig. 39 - Estudo representativo das inseguranças no papel de mãe.

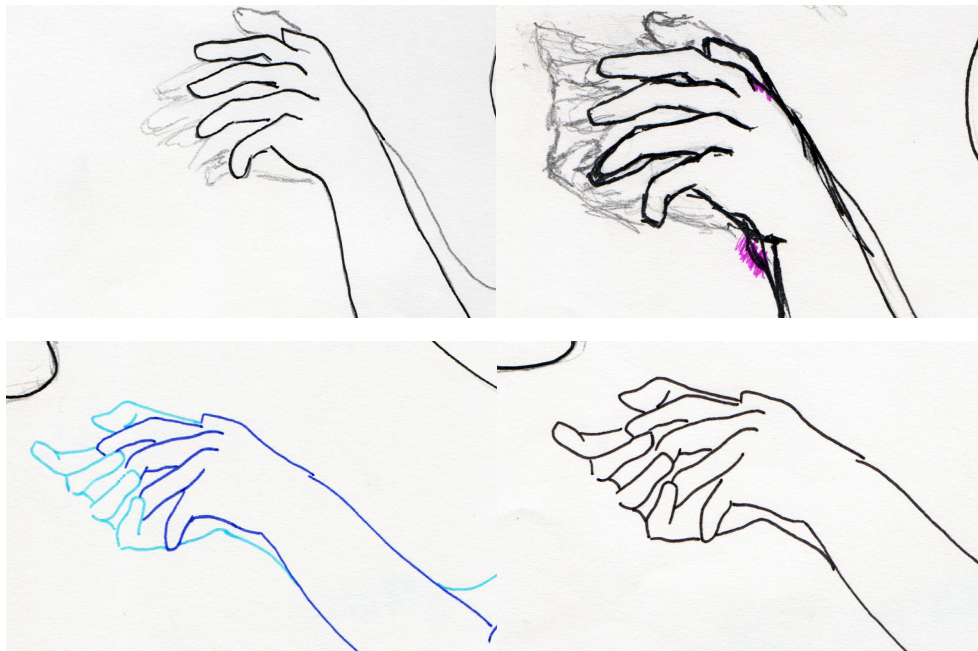


Fig. 40 - Evolução do desenho de uma das personagens.

3.3 Projeto

De seguida, apresentamos a descrição das ilustrações finais.

Na figura 41 introduzimos o estado de ansiedade. A personagem encontra-se de pé, ligeiramente debruçada sobre si mesma e as mãos que pressionam o pescoço e o diafragma, manchados com aguarela, indicam a dificuldade em respirar. Refletindo sobre as críticas que atingiam esta mãe, a figura 42 retrata o julgamento às suas decisões e atitudes, explícito através do desenho de mãos que apontam o dedo indicador, afirmando uma posição de soberania e poder sobre a figura em posição fetal, envolvida em mancha de aguarela que confere dinamismo e acentua a sensação de afogamento num mar de reprovações. Esta postura revela a fragilidade que sentia assim como o ato de se querer proteger e sentir-se mais segura.

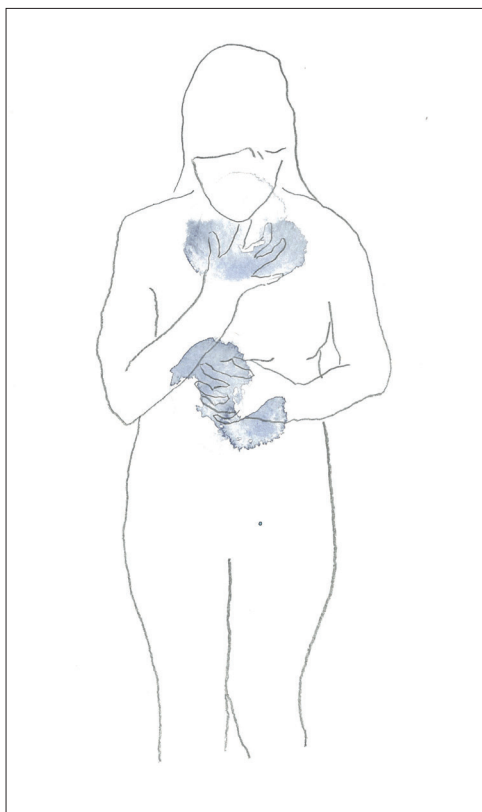


Fig. 41 - Ilustração que representa a ansiedade. Estudos iniciais podem ser consultados no anexo 6.7

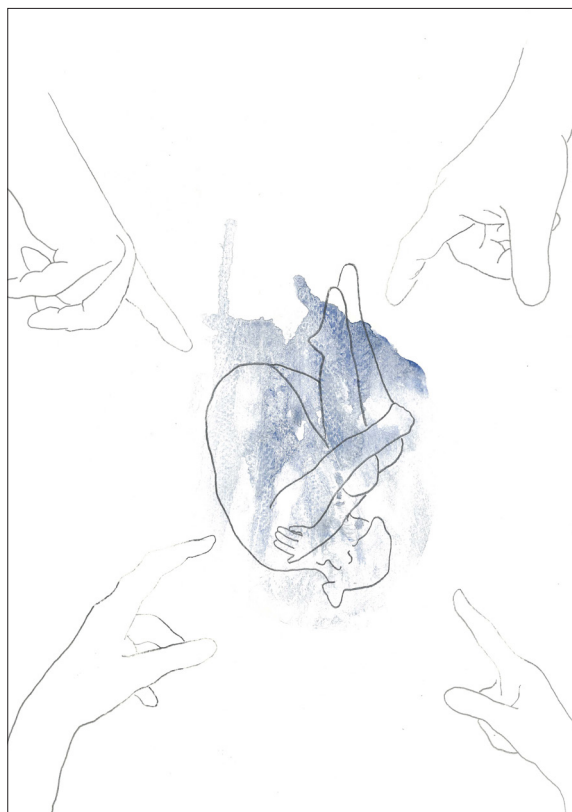


Fig. 42 - Ilustração representativa das críticas e julgamentos.

A experiência da nossa informante é marcada por medos intensos. Um dos mais presentes concentra-se no receio de o filho não criar um vínculo afetivo com a mãe, devido a este não tolerar a amamentação. A figura 43 descreve as dificuldades que existiram em relação à alimentação. O contato ocular como meio de comunicação presta uma significância particular, vinculada a emoções fortes (Fast, 1971). Neste sentido, a figura da direita, de ténue sorriso, que se inclina sobre o bebé revela carinho por aquele momento, enquanto que a figura mais à esquerda desvia o olhar espelhando um corte de sincronia com uma alimentação através do biberão. A figura central cabisbaixa, cuja mancha de aguarela evidencia os braços apertados contra si e recai ligeiramente para as duas figuras laterais, unindo-as na representação do medo, da culpa e da vergonha por não conseguir desempenhar um dos papéis que mais idealizava.



Fig. 43 - Medo e adversidades relativos à alimentação do bebé. Estudo disponível no anexo 6.7

A constante adaptação nesta transição de vida e os inconscientes conflitos psicológicos provocam um desgaste mental. Na figura 44, a mulher abatida, cuja mão que está sobre a cara nos indica cansaço e uma tentativa de concentração, é acompanhada de elementos textuais que direcionam o espectador para a falha de memória. Os horários caligraficamente escritos, numa espécie de código, foram inspirados e sustentados a partir da análise do caderno pessoal disponibilizado pela informante e constam como um auxílio na gestão das tarefas quotidianas do bebé, indicando o dia e a hora de três atividades - sono, mamada e banho -, bem como a duração da mamada e registos do comportamento do filho.

Na figura 45, a mulher sentada, dobrada sobre si e inclinada para a frente com os braços apoiados nos joelhos inanimados manifesta falta de esperança e desânimo na vida. O cabelo que cai sobre a sua face evidencia o abatimento e o estado de depressão e os salpicos de aguarela, de pouca amplitude, simbolizam as lágrimas do seu sofrimento. Esta ilustração não é estática, ao contrário das demais. Seguindo uma lógica de ausência-presença propomos uma animação²⁹ (figuras 46, 47 e 48) construída por três outras personagens ilustradas através de mancha, distinguindo-se da principal. Estas fazem parte de uma micronarrativa e apresentam dois momentos distintos, orientados pelo relato de episódios de apoio profissional e distanciamento entre a nossa informante e o marido.

“O facto de se ter começado a identificar um certo afastamento entre nós e algumas reações não fundamentadas, foi o que permitiu identificar logo no início que algo não estava bem.” (Coelho, em entrevista, 2017)

Num primeiro momento, a personagem que representa um profissional médico, distinguida pela cruz médica, oferece auxílio especializado, através do estender da mão. Nos momentos seguintes, duas outras silhuetas apresentam-se de costas para a personagem principal da nossa narrativa, retratando a distância e problemas da relação do casal, mas igualmente o isolamento social, globalizando a nossa conceção imagética, através de um cenário geral e comum da doença. Neste sentido, a procura de ajuda assume-se como um fator de esperança para outras mães e como a desconstrução da vergonha e fracasso.

29. A animação pode ser consultada através do seguinte link: <https://vimeo.com/281277256>



Fig. 44 - Representação do desgaste mental.



Fig. 45 - Tristeza e sofrimento: primeira personagem da animação.

3.3 Projeto



Fig. 46 - Cena da animação: auxílio de um profissional médico.

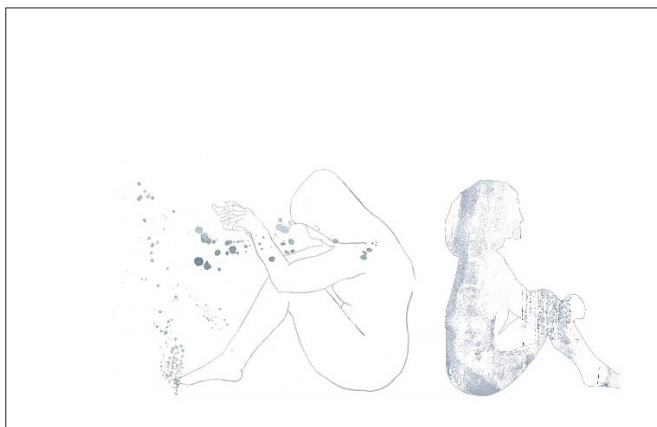


Fig. 47 - Cena da animação: isolamento social.

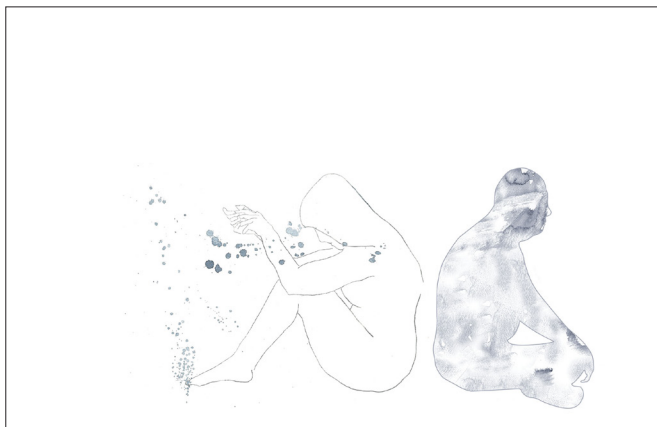


Fig. 48 - Cena da animação: isolamento conjugal.

Toda a experiência da depressão pós-parto culmina num estado de desrealização e desânimo (figura 49). O primeiro sintoma é representado por uma mulher deitada e extremamente cansada física e psicologicamente, cujo duplo traço descreve uma desconexão da realidade evocando uma sensação de separação do próprio corpo. Este corpo quase desprovido de vida posiciona-se num permanente estado de alerta e vigilância, revelados pela sobreposição de silhuetas da mulher que se posiciona de pé e desespero patente na personagem do terceiro plano cujas mãos se encaixam e puxam os cabelos. A ausência de aguarela prende-se com a já detalhada narrativa, podendo sobrecarregar visualmente a cena. Inicialmente esta ilustração primava-se por um desenho sóbrio e somente a grafite, no entanto, num estado já avançado desta investigação decidimos esculpir, em arame recozido, a silhueta da mulher deitada. A nossa opção foi impulsionada pela linearidade deste material, pela sua dureza e por ser tradicionalmente usado para amarrar outros materiais. Assim, a doente está, metaforicamente, presa à doença. A ideia de separação do corpo torna-se ainda mais evidente pela sobreposição da tridimensionalidade da escultura com a bidimensionalidade do papel (figura 50).

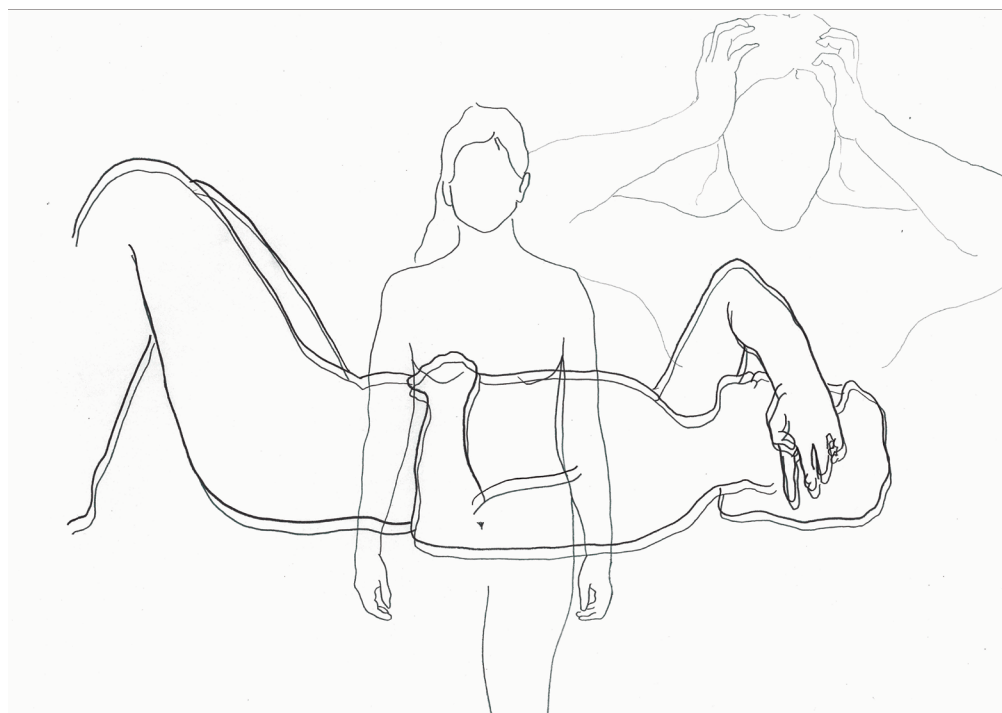


Fig. 49 - Primeira ilustração que representa a desrealização. Outras alternativas estudadas disponíveis no anexo 6.7

3.3 Projeto

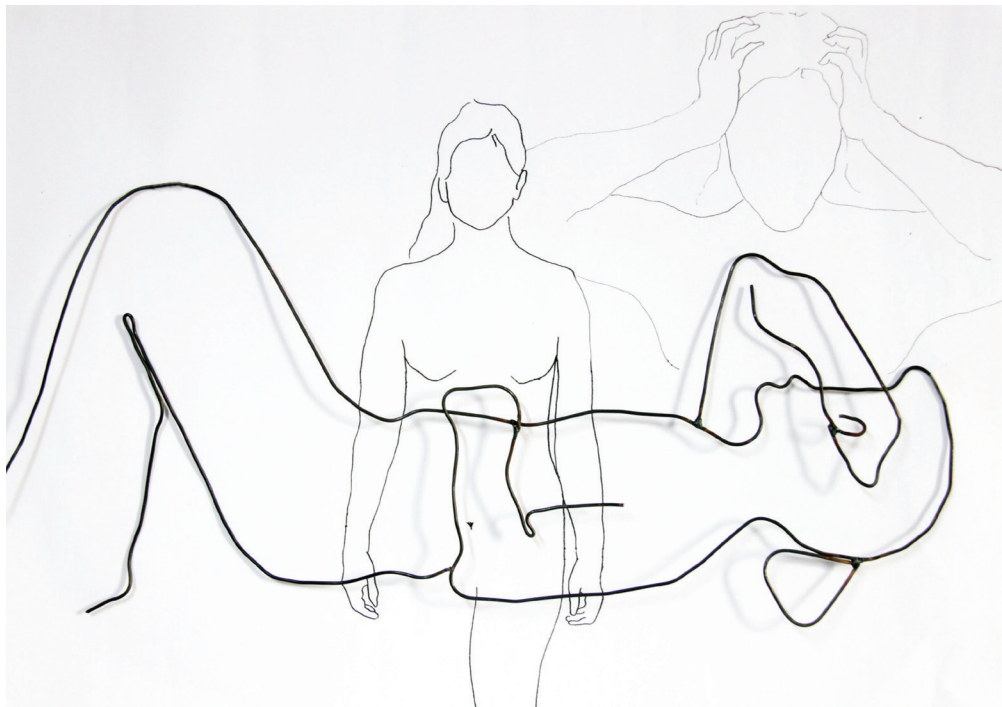


Fig. 50 - Ilustração a grafite e escultura em arame.



Fig. 51 - Vista lateral da ilustração e escultura.



Fig. 52 - Pormenor da escultura em arame.

A ilustração patente na figura 53 quebra com toda a vivência maligna. A cabeça da mulher ligeiramente inclinada sobre o bebé apela à doçura e os braços que o envolvem delicadamente demonstram afeto e amor por aquele ser tão intensamente desejado. A fraca consideração por si mesma e o descuido no visual pode ser observado em pormenores físicos do desenho das personagens, nomeadamente o cabelo desalinhado e apanhado (figuras 42, 44 e 50) e a ausência de vestuário específico.



Fig. 53 - Cena representativa do amor e cuidado pelo filho. Estudos da evolução do bebê disponíveis no anexo 6.7

Uma das frases que consideramos mais marcantes do relato da nossa testemunha ganha destaque através da palavra escrita. O seu poder e versatilidade poderá marcar uma posição e diretamente confrontar e até suscetibilizar o público com este problema social. “Agora que tens filhos, arranja-te e cuida deles” foi esculpida ininterruptamente em arame recozido, idealizando a continuidade e presença ativa da doença. Este material e o objeto criado a partir dele, embora não tenham sido desenvolvidos para serem tocados, comportam em si uma percepção tátil e um valor simbólico. Além da sua dureza e aparência rude, o metal do arame incita frialdade. A sua natureza contrasta com a delicadeza e suavidade das cortinas que revestem a estrutura em madeira da peça central, na qual o público é convidado a entrar. Este “abrigo” simboliza o escudo que esta mãe criou em torno do filho para preservar e cultivar o seu amor, construindo uma privacidade tão querida e necessária, muitas vezes invadida involuntariamente por amigos e familiares. Dentro dela estará uma das ilustrações e um dos materiais sonoros que complementam esta memória.

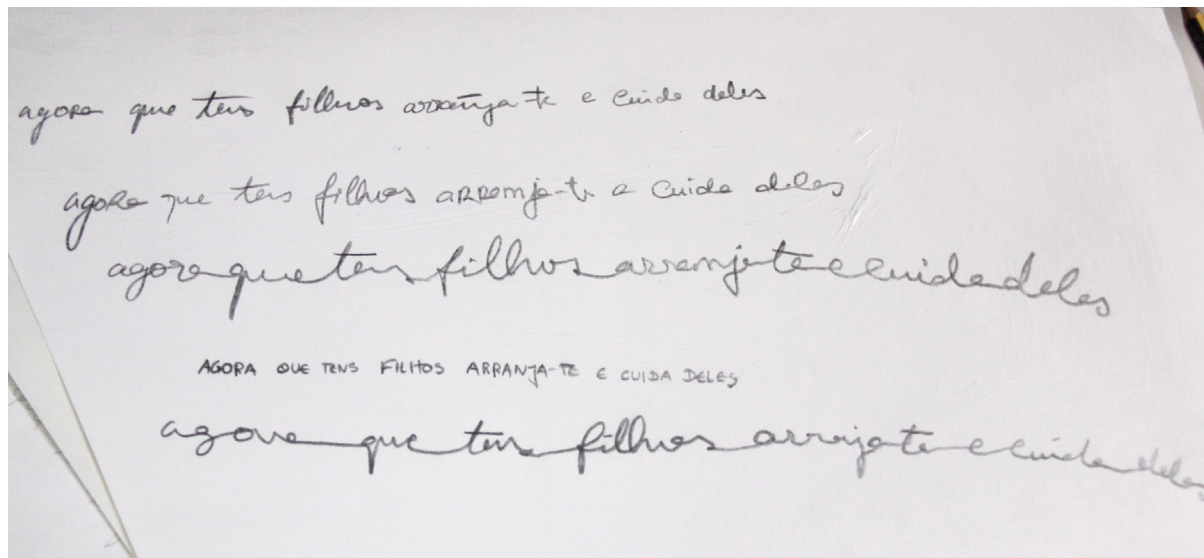


Fig. 54 - Estudo a grafite da caligrafia que serviu de base para a escultura em arame.

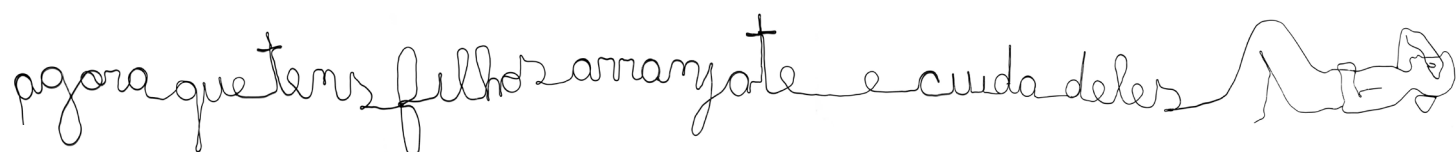


Fig. 55 - Escultura completa em arame recozido. Registo fotográfico da construção disponível no anexo 6.7



Fig. 56 - Pormenor da palavra *arranja-te*.



Fig. 57 - Pormenor da palavra *filhos*.

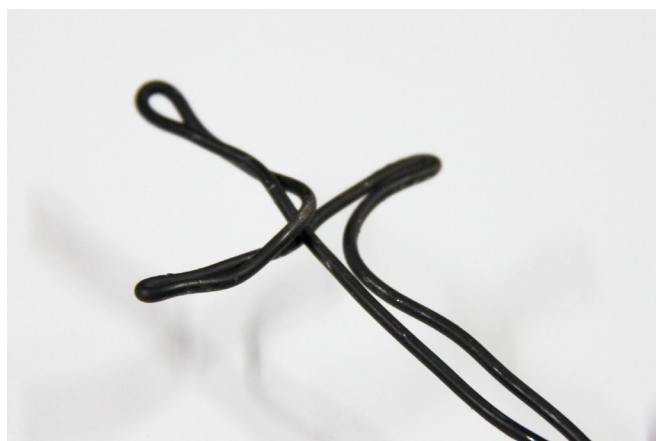


Fig. 58 - Pormenor da torção da letra *t*.

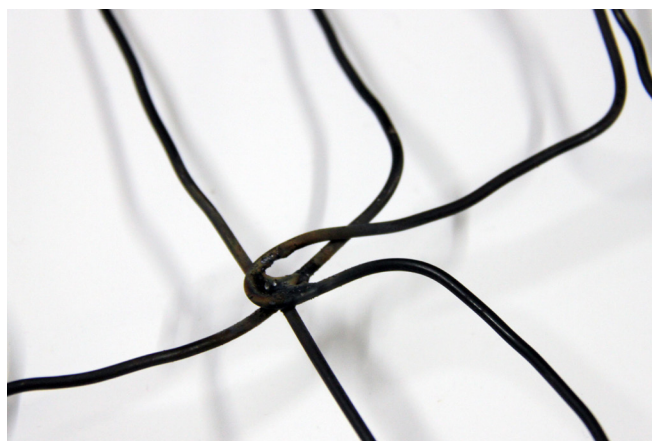


Fig. 59 - Pormenor da soldadura da letra *f*.



Fig. 60 - Abrigo. Estrutura em madeira, cortinas de linho. Pormenor do interior.

No nosso projeto o som fornece uma nova dimensão às palavras, ao texto e às imagens. É uma informação imediata que conecta os vários eventos da história. A paisagem sonora que retrata os juízos feitos ao papel de mãe da nossa informante e a desvalorização dos seus sentimentos, foi desenvolvida através da gravação de exemplos reais que nos foram relatados.

“Ele está a chorar?”

“Deve estar com fome”; “Já lhe deste de comer?”; “Já lhe mudaste a fralda?”;

“Estás a fazer bem as coisas?”

“Não entendo essa fita toda!”; “Mas achas que tens razões para estar triste?”.

O registo sonoro contou com a participação de quatro indivíduos do sexo masculino e quatro do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 80 anos, de forma a creditar os intervenientes da história e homogeneizar o cenário. Estes discursos, intercalados entre si, são antecidos pelo choro do bebé³⁰ que se constitui como uma das memórias sonoras mais lembradas. Esta multiplicidade e sobreposição de sons comporta-se como uma agressão psicológica e emocional. Ao longo da faixa sonora, as vozes começam a condensar num ruído cada vez mais incômodo, sendo este metaforicamente bloqueado, intermitentemente, pela estática do *white noise*^{31, 32}. O novo ambiente mascara a poluição ouvida e assume-se como uma defesa da mente, absorvendo a audiência num estado de calma e momentânea inconsciência. Esta sonoridade irá ser ouvida novamente no segundo dispositivo áudio que desenvolvemos e que estará instalada na peça central da sala, narrando a também higiene do sono do bebé e adquirindo o papel da estratégia utilizada para adormecê-lo mais tranquilamente.

Por fim, num conceito de sinestesia, a luz azul atmosférica envolve o ambiente numa sensação térmica gélida e melancólica, visto que esta cor é, segundo Heller (2013, pp.81, 139), “a cor mais fria”, menos aconchegante e que “sopra tristeza”.

30. Som retirado de: <http://www.freesound.org/people/klankbeeld/>

31. Som retirado de: <https://mc2method.org/white-noise/>

32. Tivemos em consideração estudos e artigos que discorrem acerca do *white noise*, psicoacústica e os efeitos dos mesmos em estados de ansiedade e stress. O *white noise*, ou ruído branco, é um tipo especial de som usado para disfarçar sons de fundo e estudado pela psicoacústica, como resposta às percepções psicológicas e fisiológicas dos humanos. Hoje em dia, recorre-se ao ruído branco para ajudar as pessoas a relaxar, meditar ou adormecer, contrariando o desgaste emocional e as preocupações do quotidiano. *Pzizz* é uma aplicação, com estudos científicos já comprovados, que aposta no desenvolvimento de sons para esse efeito.

Estudos: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3791377/pdf/fpsyg-04-00688.pdf>; French, L., Newman, E. J., Hayward, S., Polaschek, D. L. L., & Garry, M. (2008). A napping soundtrack can enhance well-being more than traditional relaxation soundtracks. *Cognitive Technology*, 13(1), 27–33.

Artigos online: <https://www.the-guided-meditation-site.com/benefits-of-white-noise.html>; <https://sleepjunkies.com/features/sleep-soundly-with-white-noise/>

3.3.3 Composição da narrativa na instalação

Uma instalação de arte apresenta-se como uma unidade única que combina tempo e espaço numa narrativa visual que se caracteriza por um tempo “imóvel” e coloca o espectador perante uma sequência não linear (Petersen, 2015). A construção do enredo é, assim, conseguida pelo arranjo e sucessão lógica e sequencial dos objetos presentes na sala e pela ligação estabelecida entre os mesmos. Os estímulos resultantes desta conexão fornecem ao espectador um conjunto de respostas que o permite interpretar as cenas apresentadas (Ricouer, 1981 como citado em Petersen, 2015).

Tendo em conta esta explanação, as peças que desenvolvemos estruturam-se espacialmente em 3 estações criadas com base na causalidade dos acontecimentos, impressa pela nossa informante e interpretada por nós. Cada elemento contribui para a orientação do público no espaço e para a sua leitura das micronarrativas.

Atendendo à necessidade de se expor o projeto somente na data efetiva antecedente à defesa desta dissertação, desenvolvemos uma maquete, na tentativa de explorar e testar o mais fielmente possível a organização e disposição dos dispositivos no espaço. Ainda com algumas reservas e incertezas do local de exposição, prevemos que esta ocorrerá na Galeria Cozinha, uma sala de 25m² e pé direito de 4 metros, na Faculdade de Belas Artes da Universidade do Porto.

Como se pode verificar na figura 61 a escultura em arame, aplicada na parede central, é o ponto de partida da nossa narrativa, conduzindo-a horizontalmente até se fundir com as ilustrações. Neste sentido a frase é um mote que afeta e “amarra” duramente as mães, numa altura de vulnerabilidade e de óbvia inexperiência, que procuram compreensão por parte de familiares e amigos. Afirmções como a que esculpimos contribuem para os conflitos internos e emocionais apresentados nas ilustrações, organizadas num painel como uma cena única. Esta cena é atemporal no sentido em que os sintomas e vivências apresentados ocorreram num ciclo continuado. Optamos por um formato retangular, com as dimensões de um A2 (420mm x 594mm), de forma a que, dentro do nosso orçamento, a sua presença na parede se tornasse já algo imponente, adensando a força que a doença tem.

3.3 Projeto

Intrinsecamente ligado a este panorama encontram-se as memórias sonoras que perpetuaram as suas fragilidades e inseguranças no papel de cuidadora. Tráves de uns auscultadores, o espectador irá colocar-se no papel desta mãe cujos estados de ansiedade eram provocados pelo choro do bebé. Os julgamentos complementam a ilustração da figura 42 e motivam, também, todo o cansaço mental³³. Na parede seguinte (figura 62), que se encontra lateralmente posicionada, é projetada a animação das figuras 45 a 48 que constitui a segunda narrativa. Sendo um meio visual diferente e por se tratar de um culminar da passagem anteriormente apresentada, optamos por isolá-la.



Fig. 61 - Maquete: parede central e lateral.

33. Simulação digital disponível em: <https://vimeo.com/285456101>



Fig. 62 - Maquete: vista lateral para animação.

No centro da sala encontra-se o "abrigo" (figuras 63, 64 e 65). Assume-se como um refúgio contra a precariedade do ambiente exterior e como um lugar mais sereno e seguro, necessário para esta mãe se restabelecer dos momentos mais críticos. Quando o espectador entra, depara-se com a ilustração da figura 53, que pretende reforçar a existência de carinho e zelo, apesar de todas as dificuldades, e com uns auscultadores, através dos quais irá ouvir o *white noise* e personificar três momentos chave desta estação³⁴: o bloqueio dos conflitos sonoros, uma das estratégias para cuidar do bebé e uma projeção futura e subjetiva à recuperação mediante o *mindfulness*³⁵.

34. Simulação digital disponível em: <https://vimeo.com/285456223>

35. O *mindfulness* é uma prática ou técnica terapêutica. Segundo Mikaela Oven (em entrevista, 2017), o *mindfulness* é mais do que isso, é uma forma de viver com o principal intuito de autoconhecimento e auto aceitação. Praticar *mindfulness* é estabelecer "uma conexão com o nosso interior, com os outros e com a vida", com vista a diminuir níveis e ansiedade e stress, e contornar o sofrimento. Uma das práticas é a meditação, que visa a concentração da atenção no presente momento ou numa atividade específica, e nas sensações que envolvem qualquer um desses processos (Oven, s.d.) Para mais informação consultar o site <http://mikaelaoven.com/mindfulness/>

3.3 Projeto

Toda esta experiência pronunciou-se mais intensamente nos meses de Inverno. Assim, a luz atmosférica situa o público nesse contexto temporal e confere ao universo um aspeto teatral e distante. Por via da sinestesia, a cor afunda o espectador num ambiente frio e sombrio, característico da estação sazonal referida, operando como um meio que enfatiza todo o distanciamento individual e coletivo característico desta realidade.



Fig. 63 - Maquete: abrigo com ilustração e auscultadores.

Mãe, presença (des)habitada: uma reflexão artística sobre a depressão pós-parto



Fig. 64 - Maquete: vista geral.

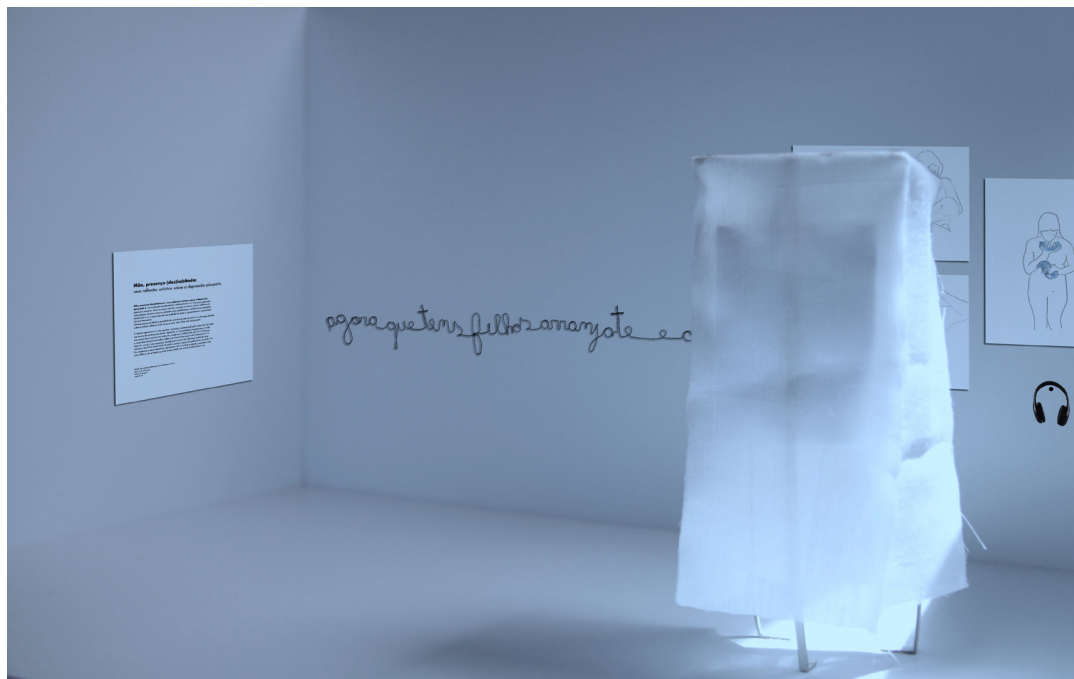


Fig. 65 - Maquete: vista lateral com mureto.

Como complemento à instalação desenvolvemos uma folha de sala, facultada ao público. Esta apresenta um resumo da exposição e reforça a mensagem da gravidade da doença, apelando à compreensão, respeito e apoio emocional de familiares e amigos, e incentivando a procura de assistência especializada. Introduzimos exemplos baseados nos testemunhos dos inquiridos e das entrevistas realizadas, explicitando experiências reais e concretas, que conferem maior cumplicidade e proximidade com o público, escritos caligraficamente. Para a restante informação, optamos por uma fonte não serifada – Futura Std – não descurando uma boa leitura, sem interferir e sobrecarregar o grafismo manual. O formato retangular e a linguagem gráfica seguiram o *layout* das ilustrações, mantendo uma estética sóbria com apontamentos da linearidade e cor dos desenhos.

A instalação faz-se acompanhar de um mureto (anexo 6.8), posicionado numa das paredes laterais, com a informação da obra e ficha técnica.

A parceria com o LACLIS, voltamos a ressaltar, poderá num futuro breve impulsionar a exposição do nosso projeto em conferências ou seminários ligados à saúde mental. Salientamos também que a enfermeira Ana Vale, com quem estabelecemos e mantivemos contacto ao longo desta investigação, nos convidou a expor a instalação no seu recente centro materno-infantil de apoio à DPP, Árvore dos Bebés, em Lisboa (ver anexo 6.9). Acreditamos que estas iniciativas constroem espaços de intervenção mais sustentáveis, promovendo atitudes positivas no campo da saúde e conquistam o interesse e procura assídua de conhecimento, essencial para uma vida em comunidade.

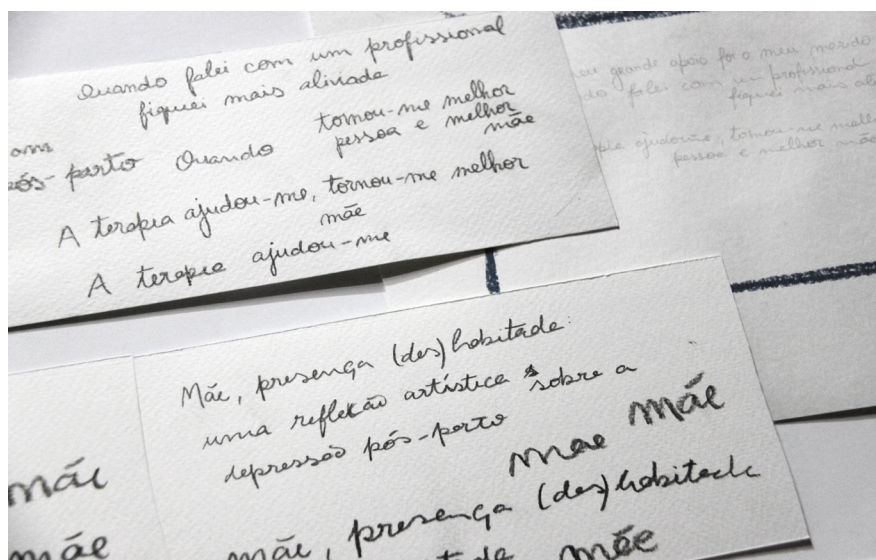


Fig. 66 - Exemplar dos estudos de caligrafia da folha de sala: testemunhos e título.



Fig. 67 - Folha de sala.



Fig. 68 - Pormenor da dobragem da folha.

3.3 Projeto



Fig. 69 - Frente e verso da folha de sala.



Fig. 70 - Interior da folha de sala.

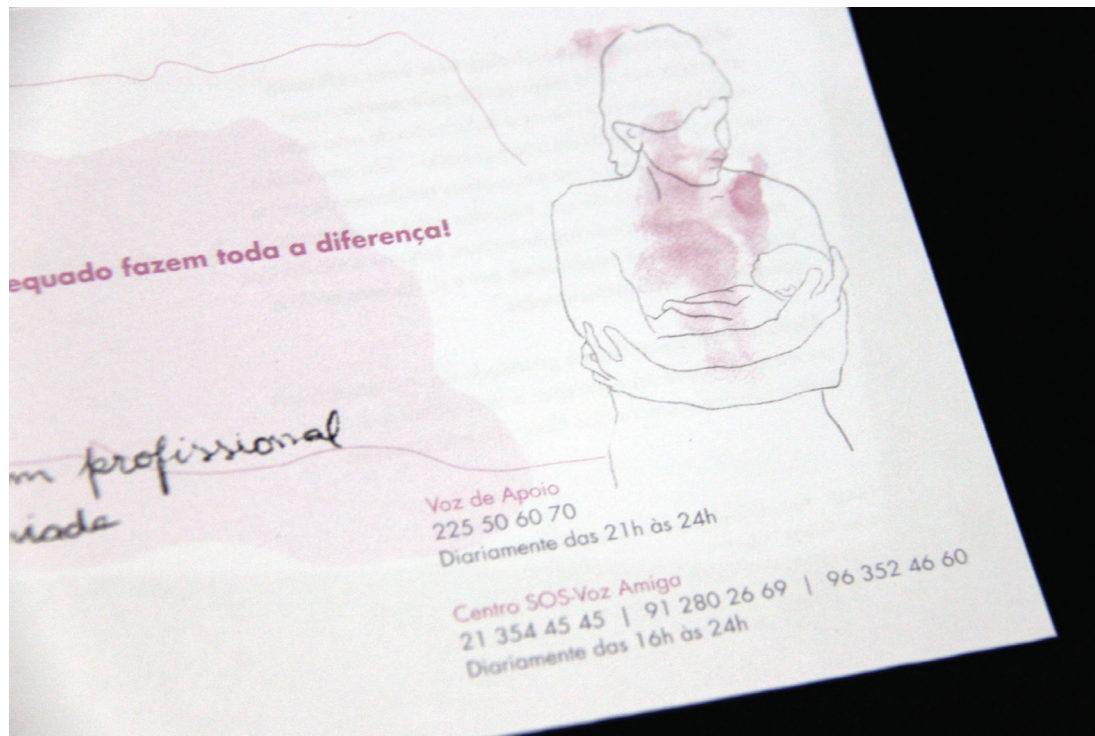


Fig. 71 - Pormenor do interior: linhas de apoio.

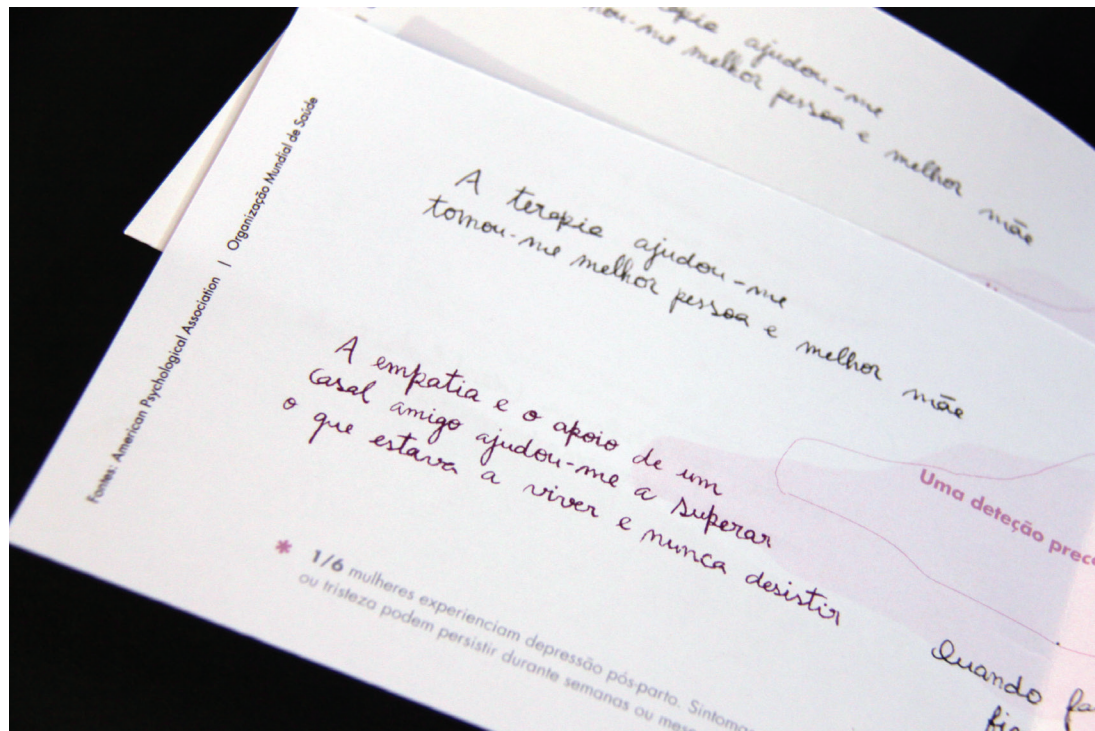


Fig. 72 - Pormenor do interior: testemunhos.

4 Conclusão

Este estudo partiu do que considerávamos uma lacuna de diálogo sobre a depressão pós-parto e que se projetava no estigma que envolve a doença. Verificámos, surpreendentemente, uma consciência perante esta temática, no sentido em que a grande maioria da população tem conhecimento sobre aspetos relacionados com a depressão pós-parto. Assumimos, também, que a sua exposição não é de todo inexistente, visto que a temática é alvo de abordagem em iniciativas que visam o seu rastreio. Esta situação, que se apresenta positiva, não invalida a necessidade de se colmatar a sua, ainda, escassa projeção, através de projetos de design e das artes visuais num domínio público e mais direto com a população.

Acreditamos que correspondemos aos principais objetivos, reconstruindo a história de uma mãe, com base num estudo prévio do seu testemunho. Através das ferramentas que o design dispõe colocamos ao dispor da comunidade uma plataforma acessível, que se assume como uma eficaz estratégia de comunicação e que apoia a necessidade de promover o diálogo em saúde, alertando para temas que afetam o bem-estar dos indivíduos. Ambicionamos tornar a população mais atenta, de forma a impulsionar uma ajuda adequada e diminuir o preconceito perante esta temática. Temos consciência que um único projeto pode não dizimar por completo o estigma ou mudar imediatamente comportamentos, mas reconhecemos este projeto como um contributo válido e positivo para o desenvolvimento de uma mentalidade mais tolerante e para a concretização de mais iniciativas.

Sendo este um tema delicado e sensível, o processo de investigação e criação da componente empírica foi alvo de uma maturação desafiadora e densa. O importante processo metodológico, aplicado durante a investigação, permitiu-nos melhor explorar e compreender esta doença e auxiliar o planeamento e desenvolvimento das várias peças da obra. Privilegiar uma prévia interpretação de imagens selecionadas, constituiu, parecem-nos, uma sólida base para a criação de ilustrações educativas adaptadas à cultura visual do público.

Interpretar uma histórica real e transformá-la num código multidisciplinar que seja esteticamente harmonioso e objeto de comunicação apropriado, obriga a constantes períodos de análise, reflexão e reestruturação dos dispositivos apresentados, que se desdobram em dois cenários. Primeiro, a criação de uma dupla mensagem, no sentido em que pretendíamos acentuar o sofrimento derivado da doença, que necessita de ajuda especializada e construir a imagem de que existem momentos de felicidade e bem-querer pelos filhos. Segundo, as dificuldades em trabalhar com matérias que pouco ou nenhum

contacto haveria existido até então, nomeadamente a gravação e edição de som e o manuseamento de arame com vista à criação de uma escultura. Apesar destas provações, sentimos que foi um projeto que contribuiu para a nossa formação técnica e profissional. Como já referido, por motivos de contexto académico, o projeto irá ser exibido na Faculdade de Belas Artes da Universidade do Porto, durante um tempo limitado e ainda a definir, ainda que a nossa vontade inicial fosse expandir a sua exposição a um centro hospitalar. Apesar de viável, o fator temporal e um, expectável, processo burocrático impossibilitaram esta iniciativa.

Ressalvamos o intuito em trabalhar esta matéria o mais profundamente possível, porém nem todos os pormenores ou episódios do testemunho foram passíveis de ser materializados. A quantidade de informação recolhida, rica em detalhes particularmente complexos, em proporção com o limite de tempo, restringiram a nossa ânsia a um número limitado de possibilidades que nos pareceram ser as mais pertinentes para o contexto que apresentamos, visando um trabalho coerente. Um outro conjunto de tópicos, por não constarem inicialmente na nossa perspetiva investigativa, não foram aprofundados ou estudados, mas que sugerimos como possibilidade de futuramente serem desenvolvidos. Destacam-se o processo de recuperação e de tratamento, o qual introduzimos vagamente, e que se presta como um tema pertinente e que intensifica a promoção de saúde mental; um estudo centrado na depressão pós-parto no masculino; e o desenvolvimento de material gráfico editorial a ser apresentado a entidades de saúde com vista a sua implementação em unidades hospitalares. Na impossibilidade de criarmos dispositivos que se circunscrevam a outros estímulos sensoriais, por falta de ferramentas ou conhecimentos, nomeadamente o olfato pela interação que estabelece entre mãe e bebé, deixamos esta sugestão a investigadores da área da perfumaria e/ou química.

Esperamos que este projeto se constitua como um precursor de mais investimentos no campo da saúde que carece de uma atenção continuada. Perspetivamos futuras investigações no âmbito do design aplicado à literacia, viabilizando o seu tratamento e aplicação a outras e diversas plataformas e auxiliando na compreensão de certos aspetos da saúde mental.

Evidencia-se, por fim, a recetividade de todos os participantes que foram tendo conhecimento deste projeto, assim como, o apreço por esta jornada que nos proporcionou gosto em executar e o enriquecimento e consciência que adquirimos por uma problemática que deve ser cuidada diariamente por todos.

5 Bibliografia

Bibliografia citada

Alici-Evcimen, Y., & Sudak, D. M. (2003). Postpartum Depression. *Prim Care Update Ob/Gyns*, 10(5), 210-216.

American Psychological Association.(s.d.). Postpartum Depression. In A. P. Association (Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Atkinson, R. (1998). *The Life Story Interview* (Vol. 44). Thousand Oaks, CA: Sage

Basbaum, S. R. (2002). *Sinestesia, arte e tecnologia: fundamentos da cromossomia*. São Paulo: Annablume.

Bell, S. E. (2011). Claiming justice: Knowing mental illness in the public art of Anna Schuleit's 'Habeas Corpus' and 'Bloom'. *Health*, 15(3), 313-334.

Berman, D. (2009). *Do Good Design: How Designers Can Change the World*. United States of America: Nancy Aldrich-Ruenzel.

Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health Literacy: What Is It? *Journal of Health Communication*, 2(15), 9-19.

Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (2007). *Qualitative Research for Education: An introduction to Theory and Methods*. Boston: Pearsons.

Brockington, I. (2004). Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. *World Psychiatry*, 3(2), 89-95.

Cazeaux, C. (2000). *The continental aesthetics reader*. Routledge.

Cepêda, T., Brito, I., & Heitor, M. J. (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. In D.-G. d. Saúde (Ed.), *Direção-Geral da Saúde*. Lisboa.

Cole, A. L., & Knowles, J. G. (2008). Arts-Informed Research. In J. G. Knowles & A. L. Cole (Eds.), *Handbook of the arts in qualitative research: Perspectives, methodologies, examples, and issues* (pp. 55-70). Sage.

Corbière, M., Samson, E., Villotti, P., & Pelletier, J.-F. (2012). Strategies to fight stigma toward people with mental disorders: perspectives from different stakeholders. *The Scientific World Journal*, 2012(3), 1-11.

- Cutrona, C. E. (1982). Nonpsychotic postpartum depression: a review of recent research. *Clinical Psychology Review*, 2(4), 487-503.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). Literacia em saúde em Portugal. Relatório síntese. In F. C. Gulbenkian (Ed.).
- Fast, J. (1971). *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da maternidade e paternidade. *Revista Centro de Estudos da População Economia e Sociedade*, 12, 83-102.
- Fletcher, R. J., Matthey, S., & Marley, C. G. (2006). Addressing depression and anxiety among new fathers. *Medical Journal of Australia*, 185(8), 461-463.
- Frith, H., & Harcourt, D. (2007). Using photographs to capture women's experiences of chemotherapy: reflecting on the method. *Qualitative Health Research*, 17(10), 1340-1350
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., . . . Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report/Technology Assessment*, 119.
- Goldstein, N. (1993). *Figure drawing: the structure, anatomy and expressive design of human form* (4ª ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Gomes, M. d. C., Ávila, P., Sebastião, J., & Costa, A. F. d. (2002). *Novas análises dos níveis de literacia em Portugal: comparações diacrónicas e internacionais*. Paper presented at the IV Congresso Português de Sociologia, Portugal.
- Guerra, M., Braga, M., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da Saúde Mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, ESPECIAL 1.
- Harter, L. M., Broderick, M., Okamoto, K., Crawford, R., & Parsloe, S. (2016). Communicating Health and Healing through Art. In J. Yamasaki, P. Geist-Martin, & B. F. Sharf (Eds.), *Storied Health and Illness: Communicating Personal, Cultural, and Political Complexities* (pp. 135-156). Long Grove, Illinois: Waveland Press, Inc.
- Heller, E. (2013). *A psicologia das cores: como as cores afetam a emoção e a razão*. Editorial Gustavo Gili.
- Holm, G., Sahlström, F., & Zilliacus, H. (2017). Arts- Based Visual Research. In P. Leavy (Ed.), *Handbook of Arts-Based Research* (pp. 311-335). New York: The Guilford Press.
- Huysman, A. M. (2003). Medical disregard. In A. M. Huysman (Ed.), *The postpartum effect: deadly depression in mothers* (pp. 73-84). New York: Seven Stories Press.

Jorm, A. F. (2014). Mental Health Literacy: Promoting Public Action to Reduce Mental Health Problems. In L. s. M. d. J. Loureiro (Ed.), *Literacia em Saúde Mental - Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (pp. 27-39): Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Kim, P., & Swain, J. E. (2007). Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry (Edmont)*, 4(2), 35-47.

Lapum, J. L. (2017). Installation Art: The Voyage Never Ends In P. Leavy (Ed.), *Handbook of Arts-Based Research* (pp. 377-396). United States of America: The Guilford Press.

Letourneau, N. L., Dennis, C.-L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., . . . Watson, W. (2012). Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), 445-457

Leavy, P. (2017). Introduction to Arts-Based Research. In P. Leavy (Ed.), *Handbook of Arts-Based Research* (pp. 3-21). New York: Guilford Publications.

Magistris, A. d., Carta, M., & Fanos, V. (2013). Postpartum depression and the male partner. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 2(1), 15-27

Margolin, V., & Margolin, S. (2002). A “Social Model” of Design: Issues of Practice and Research. *Massachusetts Institute of Technology*, 18(4), 24-30.

Munari, B. (1979). *Artista e designer*. Lisboa: Editorial Presença.

Noble, I. (2016). *Visual research: an introduction to research methods in graphic design*. London: Bloomsbury Publishing.

Nonacs, R. M. (2005). Postpartum mood disorders. In L. S. Cohen & R. Nonacs (Eds.), *Mood and Anxiety disorders during pregnancy and postpartum* (Vol. 4, pp. 77-103). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.

O'Hara, M. W., & Gorman, L. L. (2004). Can postpartum depression be predicted? *Primary Psychiatry*, 11(3), 42-47.

Parker, R. M., & Ike, J. D. (2017). *Health Literacy and the Arts - An Intersection Worth Exploring*. Paper presented at the NAM Perspectives, Washington, DC.

Parsons, J., Heus, L., & Moravac, C. (2013). Seeing Voices of health disparity: Evaluating arts projects as influence processes. *Evaluation and Program Planning*(36), 165-171.

Pereira, A. T. F. (2008). *Postpartum Depression Screening Scale*. (Dissertação de Doutorado em Ciências Biomédicas), Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Petersen, A. R. (2015). *Installation art between image and stage*. Copenhagen: Museum Tusculanum Press.

Pink, S. (2007). *Doing Visual Ethnography*. Sage.

Poulin, R. (2012). *Graphic Design and Architecture, A 20th Century History: A Guide to Type, Image, Symbol, and Visual Storytelling in the Modern World*. Beverly, Massachusetts: Rockport Pub

Ramos, M. N. P. (2008). *Comunicação e Saúde em Contexto Multicultural*. Paper presented at the IV ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura.

Rato, S. T. C. G. (2015). Estar no hospital: Projectos, ideias, considerações e práticas para um bom acolhimento. (Doutoramento), Universitat de Barcelona.

Ratzan, S. C. (2001). Health Literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207-214.

Robertson, E., Celasun, N., and Stewart, D.E. (2003). Risk factors for postpartum depression. In Stewart, D.E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S.L., & Wallington, T. (2003). Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions.

Rodaway, P. (2002). *Sensuous geographies: body, sense and place*. Routledge.

Rolling, J. J. H. (2017). Arts-Based Research in Education. In P. Leavy (Ed.), *Handbook of Arts-Based Research* (pp. 393-510). New York: The Guilford Press.

Ross, C. (2006). *The aesthetics of disengagement: Contemporary art and depression*. Minneapolis: U of Minnesota Press.

Spiekermann, E. (2009). Foreword. In D. Berman (Ed.) *Do Good Design: How Designers Can Change the World*. United States of America: Nancy Aldrich-Ruenzel.

Thurgood, S., Avery, D. M., & Williamson, L. (2009). Postpartum Depression (PPD). *American Journal of Clinical Medicine*, 6(2), 17-22.

Wisner, K. L., Chambers, C., & Sit, D. K. Y. (2006). Postpartum depression: a major public health problem. *Journal of the American Medical Association*, 296(21), 2616-2618.

Wisner, K. L., Gracious, B. L., Piontek, C. M., Peindl, K., & Perel, J. M. (2003). Postpartum disorders: phenomenology, treatment approaches, and relationship to infanticide. In M. G. Spinelli (Ed.), *Infanticide: psychosocial and legal perspectives on mothers who kill*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

World Health Organization (2017). Depression Let's talk. In World Health Organization (Ed.).

Zauderer, C. (2009). Postpartum depression: how childbirth educators can help break the silence. *The Journal of Perinatal Education*, 18(2), 23-31.

Weiss, B. D. (2007). *Health literacy and patient safety: Help patients understand* (2ª ed.): American Medical Association Foundation and American Medical Association.

Páginas Web

Barnbrook, J., Kalman, T., Lupton, E., McCoy, K., Poynor, R., Miller, A., . . . Spiekermann, E. (1999). First Things First Manifesto 2000. Eye Magazine. Disponível em: <http://www.eyemagazine.com/feature/article/first-things-first-manifesto-2000> (Acedido em Novembro de 2017)

Bologna, C. (2017). In Just 2 Photos, Mom Highlights Unspoken Reality of Postpartum Depression. Disponível em: https://www.huffingtonpost.com/entry/in-just-2-photos-mom-highlights-unspoken-reality-of-postpartum-depression_us_5910d07de4b0e7021e9a39d2 (Acedido em Outubro de 2017)

Brewer, J. (2017). Can Graphic Design Save Your Life? explores “widespread and subliminal” impact of design on health. It's Nice That. Disponível em: <https://www.itsnicethat.com/news/can-graphic-design-save-your-life-welcome-trust-exhibition-lucienne-roberts-rebecca-wright-050917> (Acedido em Abril de 2018)

Cole, A., & McIntyre, M. (s.d.). The Alzheimer's Project – About the Project. Disponível em: http://legacy.oise.utoronto.ca/research/mappingcare/history_alz.shtml (Acedido em Março de 2018)

Howard, A. (1994). There is such a thing as society. Eye Magazine. Disponível em <http://www.eyemagazine.com/feature/article/there-is-such-a-thing-as-society> (Acedido em Novembro de 2017)

Kunsthalle Wien (s.d.). Ugo Rondinone - NO HOW ON. Disponível em: <http://kunsthallewien.at/#/en/exhibitions/ugo-rondinone-no-how> (Acedido em Dezembro de 2017)

Lu, L. (2015). the hand that rocks the cradle. Disponível em: <https://lynnlu.info/the-hand-that-rocks-the-cradle/> (Acedido em Janeiro de 2018)

Museum of Contemporary Art Australia (2003). Ugo Rondinone: Out Magic Hour. Retrieved from <https://www.mca.com.au/artists-works/exhibitions/270-ugo-rondinone-our-magic-hour/> (Acedido em Dezembro de 2017)

Oven, M. (s.d.). Mindfulness, heartfulness e miafulness. Disponível em: <http://mikaelaoven.com/mindfulness/> (Acedido em Maio de 2018)

Pittman, T. (2017). Princess Diana Challenge Postpartum Depression Stigma Over 20 Years Ago. Disponível em: https://www.huffingtonpost.com/entry/princess-diana-challenged-postpartum-depression-stigma-over-20-years-ago_us_58e3aefee4b0d0b7e164c825 (Acedido em Novembro de 2017)

Rogers, J. (2015). The 'Hidden' Illness of Post-Natal Depression. Disponível em: https://www.vice.com/en_us/article/avyzpb/more-than-half-a-million-women-experience-perinatal-mental-illness-190 (Acedido em Outubro de 2017)

Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (s.d.). Sem pesos na Maternidade. Disponível em: https://www.sesaram.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4848:sem-pesos-na-maternidade&catid=167:noticias&Itemid=519 (Acedido em Abril de 2018)

Sistema Nacional de Saúde (2010). Literacia em saúde. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx> (Acedido em Janeiro de 2018)

Bibliografia consultada

Gonçalves, D. F. d. R. (2010). *Depressão pós-parto*. (Mestrado integrado em Medicina), Faculdade de Medicina. Universidade do Porto.

Noble, I., & Bestley, R. (2005). *Visual Research: An introduction to research methodologies in graphic design*. AVA Publishing SA.

Ryan, M.-L. (2004). *Narrative across media: the languages of storytelling*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Thompson, P. (2000). *The Voice of the Past: Oral History* (3ª ed.). New York: Oxford University Press.

Landi, A. (2015). Telling stories in three dimensions: installation art today. Art News. Disponível em: <http://www.artnews.com/2015/01/20/installation-art-today/> (Acedido em Dezembro de 2017)

6 Anexos

6.1 Entrevista a Ribeiro (notas de campo, e-mails e caderno pessoal)

12 de Setembro de 2017 | 9:30h - 12h | Centro Comercial Cristal Park

Notas da Entrevista a Ribeiro

- Sente-se confortável em testemunhar a sua história e autoriza a partilha dos dados das entrevistas.

- A gravidez foi desejada e correu muito bem, tal como o parto programado e idealizado de cesariana. Os três primeiros dias após o parto foram bons e correram como esperado. Frequentou as aulas de preparação para o parto e pós-parto, no entanto, teve que reaprender tudo. Isto porque não referem a verdadeira realidade. Por exemplo romantizam a amamentação: enunciam os casos comuns, mas esquecem-se que existem excepções que merecem todo o cuidado e atenção.

- O primeiro choque foi quando soube que era um menino, porque sempre tinha imaginado o universo feminino. Começou, a partir deste momento, a questionar-se como seria o mundo masculino, uma vez que não sabia quais eram as brincadeiras: não conhecia marcas de carros, não sabia como se brincava com brinquedos de meninos e não sabia jogar futebol.

Quando interiorizou a situação iniciou a descoberta do “mundo azul”: a decoração do quarto, a roupa, os brinquedos e brincadeiras. Durante todo este processo de aprendizagem o grande apoio foi o marido.

- No pós-parto salienta que não sentiu uma ligação imediata com o bebé; não sentiu o que toda a gente descreve nem como se espera que seja: “É suposto eu sentir algo, mas o quê? Mas e agora?”.

O primeiro impato depois do nascimento do filho foi a amamentação que não resultou e era uma das coisas que mais queria e idealizava.

Ao falar com uma enfermeira e parteira percebeu que era normal que nem sempre resulte e sentiu-se mais aliviada.

- Primeira grande vitória: depois de muito insistir conseguiu que o filho mama-se. A partir desse momento, o bebé fez uma alimentação mista.

- Após sair do hospital e quando chegou a casa sentiu diferença porque estava sozinha e era um ambiente novo da maternidade, principalmente com um recém nascido. De qualquer das formas, durante o 1º mês tudo correu bem, porque o marido estava em casa.

- Nos dias seguintes ao 1º mês em casa começou a sentir-se cansada e triste. Chorava e achava que não estava a ser boa mãe. Sentia-se exausta e com vergonha de admitir o que tinha (quando se apercebeu da depressão pós-parto).

Os familiares não ajudavam: achavam que ela precisava de ajuda com o bebé, quando na verdade era com a gestão, organização e limpeza da casa e preparação de refeições. Havia um disparo de opiniões sobre o papel dela como mãe: a chupeta, o horário de sono... Culpavam-na por não ter leite, quando na verdade tinha e o bebé é que não queria mamar.

- O bebé chorava muito (é do que mais se lembra) e não sabia porquê.

- O bebé não dormia bem: 10 minutos era o máximo. Segunda vitória: quando o bebé começou a dormir bem.

- Salientou a ligação/elo com a amamentação: já que ele não mamava, achava que nunca iria ter o elo forte com o filho de que tanto se fala.

Assim criou um escudo relativamente ao bebé, em que só ela podia tomar conta dele. Era a forma de criar uma ligação, já que a amamentação não resultava. Vínculo que se perderia se deixasse alguém aproximar-se dele ou não ficasse junto do filho.

(durante esta descrição começou a chorar)

- Esta rotina durou entre 5 a 6 meses. Durante este período não tinha tempo para si: não sabia quantas vezes comia; lavava a cabeça 1/2 vezes por semana; tomava banho sempre com o filho ao lado *(esta última referência irá ser contextualizada mais à frente)*

- Também como parte da pressão social, identifica-se com a premissa de que toda a gente espera que seja mãe e mulher ao mesmo tempo, nesta fase. Diziam-lhe que não precisava de estar assim, triste, porque tinha a coisa mais espetacular na vida dela.

Este é um período em que todas as mães estão felizes com o acontecimento, mas ela não estava completamente e não sendo uma pessoa optimista, o pessimismo ficou mais ativo.

- O primeiro momento em que se apercebeu que algo não estava bem, quando se deu o “click”, foi quando estava sentada e sentiu que o bebé lhe escorregou dos braços e acabou

por cair. Reconhece que uma vez que trabalha na área da saúde detetar este sinal de alerta, como outros tantos, foi impulsionado pela sua profissão uma vez que está ciente desta doença.

- Diferencia a depressão pós-parto de uma depressão major pela sua agravante de envolver um segundo/outro ser. Por muito que não lhe apetecesse fazer nada ou não tivesse forças para tal, estava dependente do filho, tinha que cuidar dele e não o podia abandonar.

- As noites em que trabalhava na urgência estavam a deixá-la alterada. Nestas alturas ficava sempre apreensiva, porque tinha que deixar o filho ao cuidado dos avós e ele permanecia a chora.

Qual a terapia que seguiu?

- Começou por frequentar consultas de psicoterapia e esteve medicada um ano.

(a partir deste momento a sua expressão mudou, tornando-se mais alegre e falando com mais confiança)

- As melhoras mais significativas vieram, porém, do mindfulness, da yoga e meditação. Em paralelo ganhou estratégias e criou rotinas para com o filho: contava histórias, colocava música (white noise) para ele adormecer, dava-lhe um boneco em vez de chupeta, visto que ele não gostava, e tomava banho com ele ao lado, estando sempre vigilante.

- Explorou novas atividades para fazer com o filho, de forma a construir uma maior vinculação materna, como por exemplo passear ao ar livre com ele. No entanto sofreu algumas “represálias”, porque as pessoas “apontavam o dedo quanto à forma física” e não compreendiam o porquê de não ter tempo de praticar exercício físico. Na sua visão de mãe, preferia ocupar o tempo livre e aproveitá-lo junto do filho do que ir ao ginásio. Nesta fase usava um “kangaroo” e sentiu-se livre! Admite que se tivesse saído mais tinha ajudado, mesmo que o nascimento do filho em Dezembro e os consequentes meses de Inverno não tivessem proporcionado essa situação. A estação fria também lhe proporcionou algum receio para a saúde do filho, assim como a melancolia que se instalou na sua vida.

- Começou a interessar-se pela parentalidade positiva que lhe trouxe efeitos positivos e benéficos: acalmou-a, tornou-a melhor pessoa e mãe e ajudou-a na profissão de técnica de diagnóstico e terapêutica. Aliás, mais tarde foi trabalhar para a maternidade e sentiu-se confortável e realizada num ambiente que pensava que ia ser o oposto, devido ao relacionamento com crianças. Percebeu que ao lidar com crianças com mais e, por vezes, piores problemas lhe fazia ver o quão bom era ser mãe de uma criança saudável. Permitiu-lhe ser mais empática e mais carinhosa.

- Apesar da terapia ter sido uma ajuda imprescindível e de a ter ajudado “a viver num arco-íris”, porque “passou do Inverno ao Verão” (relação com o fato do filho ter nascido em dezembro), salienta que de vez em quando se retrocede e se sente mais em baixo.

- No final da entrevista trocámos algumas impressões sobre a forma como os centros maternos e hospitais estão organizados e as suas instalações. Durante a conversa, foram referenciados algumas hipóteses ponderadas para a investigação da autora, anteriormente à escolha da presente temática, nomeadamente o contributo do design e das artes para uma melhor estadia nos corredores dos hospitais e nas respetivas alas pediátricas ou maternas, com recurso a ilustração, por exemplo. Neste sentido, a informante referiu a importância que a contribuição de projetos desta natureza têm no impacto da experiência hospitalar e que gostaria que houvesse uma maior atenção no centro hospitalar materno do norte e outras instituições portuguesas. Não só no âmbito das instalações mas também no contato e explicação de exames ou tratamentos aos doentes, sobretudo crianças.

20 de Novembro de 2017 | 9:30h - 11h | Centro Comercial Cristal Park

Notas da Entrevista a Ribeiro

Estava previsto o marido da nossa informante acompanhar esta entrevista e participar, no entanto, por indisponibilidade de horários não foi possível o seu comparecimento. As questões seriam mais tarde enviadas por e-mail.

Ao longo desta segunda e tal como na primeira, mostrou-se confortável e descontraída a falar sobre a sua história. Foi sentida uma maior aproximação e relação de confiança.

1º - Possibilidade de abrir o leque de contatos, caso se sinta confortável com a situação, de forma a solidificar a investigação e recolher outras perspetivas do tema.

(mostrou-se desde logo à vontade com a situação)

Considera que, para além do marido, o seu professor e instrutor de ioga, que foi também o seu psicólogo seria uma possível abordagem. A meditação e o relaxamento foram muito importantes na sua recuperação e ainda hoje pratica o mindfulness (que veio primeiro), o ioga e pilates.

Forneceu igualmente o contato de Mikaela Oven, health coach de mindfulness e parentalidade positiva, por acompanhar o seu trabalho e possivelmente ter uma perspetiva das duas temáticas, a depressão pós-parto (DPP) e a terapia através do mindfulness.

2º - Opinião do quão terapêutico pode estar a ser nesta fase testemunhar a sua experiência.

Falar sobre a experiência foi terapêutico. “Estamos permanentemente a ser julgadas” e poder falar abertamente e ser ouvida é uma espécie de terapia, “um espaço similar ao AA (alcoólicos anónimos) mas sobre a depressão pós-parto.”

Deu o exemplo do Gimnográvida, um centro no Porto de apoio à maternidade e paternidade.

3º - a) Quando soube o diagnóstico como viu essa situação, como se sentia perante a doença.

Sentiu-se zangada, irritada, revoltada consigo mesma.

“Nunca se está à espera de ter esse tipo de diagnóstico”, especialmente depois de se ter acabado de ser mãe e quando a gravidez foi desejada e tudo correu como planeado.

b) A doença alertou-a para outros casos?

Alertou-a no sentido de começar a pesquisar mais casos de mulheres que tivessem sido diagnosticadas com a doença e para os sintomas. Primeiro consultou o obstetra, mas mais tarde sentiu necessidade de ser assistida por um psicólogo.

c) O que experienciou quando soube de casos semelhantes de mulheres que estariam a passar pela mesma situação?

No seu círculo de conhecimentos não há ninguém que tenha passado por essa experiência. As histórias com as quais teve conhecimento foram online no blog da Ana Vale.

d) Considera que foi terapêutico ter conhecimento de outras histórias?

“Ajudou a perceber que não estou sozinha”.

Tem-se apercebido que mulheres mais velhas, algumas já avós, estão muito atentas às filhas grávidas ou recentes mães e aos sintomas que possam surgir. O apoio é fundamental: no seu caso foi o marido, noutros pode ser a mãe, o pai ou os amigos. “Não é um problema de agora”, pois no passado já havia relatos. Infelizmente, para si, “ainda hoje a minha mãe acha que não sei cuidar do meu filho”. Se por exemplo ele está doente responsabiliza-a ou culpa-a de não o ter agasalhado suficientemente bem, ou por outro motivo.

e) Fez parte de algum grupo de apoio onde se partilhasse experiências? Se sim, focavam-se na gravidez/maternidade ou na doença?

Apenas fez parte de um grupo no Facebook, no entanto nunca se mencionou ou desenvolveu o assunto, já que nenhuma das participantes admitiu ou referiu que tinha passado pela doença. Partilhavam realidades relacionadas com a gravidez e maternidade. Ribeiro considera que seria muito importante a implementação e criação de um centro de apoio às mulheres no norte, a par do que Ana Vale desenvolveu.

5ª - Que outros sintomas ou sentimentos experienciou além do cansaço e tristeza?

Para além da irritação após saber o diagnóstico, sofreu de ataques de ansiedade e de pânico. Estes eram já recorrentes antes da gravidez, no entanto permaneceram e intensificaram-se posteriormente. Especialmente devido a dois fatores críticos do filho: as refeições e o choro.

“Havia alturas em que desesperava”; “Pânico de querer respirar e não conseguir”.

Para superar estas crises refugiava-se no seu mundo, o seu quarto e ficava ali até se acalmar. Por vezes colocava música e permanecia assim até conseguir respirar novamente.

6ª - Falava-me muito do quarto e a almofada, descreveu-me, era um dos objetos que mais relacionava com esta fase. Como passava muito tempo em casa, este era o lugar mais frequente?

Era sim o seu mundo. A almofada e os peluches representam o conforto que procurava para recuperar dos ataques de ansiedade e pânico.

7ª - Poderá fornecer mais detalhes sobre a memória: descrição do bloco onde apontava os horários, qual o processo que utilizava para organizar os mesmos?

Nesta altura desenvolveu dois blocos, sendo que um deles só agora começa a preencher. Este mais recente conta a história do filho, os primeiros acontecimentos, como por exemplo os dentes a nascerem. O outro foi muito utilizado durante os primeiros meses de pós-parto e quando a doença estava mais intensa. Como se esquecia das coisas e se sentia muito cansada, tinha que anotar os horários das “tarefas” durante o primeiro ano para existir um equilíbrio, para criar rotinas. Este ajudou-a a organizar o dia-a-dia.

8ª - Focou o aspeto físico como uma crítica que lhe faziam. Como se via nesse altura?

Não se aplica tanto ao passado. As críticas, que nota mais agora, são feitas pelos amigos ou familiares que não compreendem o porquê de não ter tempo. Tem mais do que tinha anteriormente, é certo, no entanto prefere ocupar o tempo livre em família (como descrito na primeira entrevista), é uma opção.

9ª - a) A família e os amigos sabem que passou pela DPP? Se sim, sentiu algum tipo de preconceito/estigma?

Não sabiam na altura. Também preferiu que não soubessem, porque sentia culpa e vergonha. “Toda a gente tem palpites, mas ninguém conhece”.

Não se sentiu vítima de preconceito. Agora que sabem entendem mais e estão mais atentos e mais simpáticos. Percebem que algumas reações do passado fizeram sentido.

b) Como vê a atitude deles perante o que lhe diziam?

Não entendiam nem entendem a sua reação perante as opiniões. Pelo que “tentava esconder o que se passava e como realmente se sentia; o que eles diziam eu concordava e não respondia”.

c) Qual o principal estigma que considera existir?

É difícil pedir ajuda. Ninguém quer admitir que não é capaz. Até porque ainda dizem: “Tu agora que tens filhos, arranja-te e cuida deles”. Considera que ainda há muito preconceito sobre a depressão pós-parto. É importante dar-se atenção ao cuidado a ter com os filhos e, efetivamente coloca-se em prática, mas esquecem-se da saúde das mães e dos pais.

Na altura em que o seu filho nasceu, os amigos e familiares davam muitas opiniões quanto ao que deveria de fazer. Diziam “Está pouco agasalhado”; “Dá-lhe a chupeta que ele acalma”; “Vocês nunca deixam mexer no bebé”; “Mas tu não tens que estar triste”; “Mas tu tens tudo”. *(estas frases são exemplos exatos do que lhe diziam e que podem ser inseridas no material sonoro da componente prática)*

Criou um escudo relativamente ao filho e à proteção dele. Sentia um amor muito grande por ele e tinha também medo que ele ficasse doente, pois apenas uma semana após ter nascido toda a gente queria vê-lo, tocar nele e que saíssem de casa com o bebé.

10º - Aspetos já desenvolvidos do projeto e validação.

“Nunca tinha pensado nestas possibilidades” (*sorriu abertamente e voltou a afirmar o quão bom e necessário são projetos deste carácter*)

Dos vários elementos descritos - ilustrações, som (choro do bebé, opiniões os familiares e amigos), utilização de objetos que simbolizem o seu conforto e desconforto, a memória e as projeções de luz atmosférica - foram validados e considerou que faziam sentido na sua história. Concordou ainda que alguns episódios e medos, nomeadamente quando deixou cair o bebé, a privação de sono e a amamentação, são efetivamente mais difíceis de representar. Acha muito necessário o desenvolvimento de uma brochura ou flyer e a sua instituição em centros hospitalares e médicos.

A inexistência de qualquer referência ao tema da DPP no site do Centro Hospitalar do Porto é uma realidade, pelo que é uma boa ideia (*sorriu*) a criação de um link ou site que exponha informação sobre o tema ou mais testemunhos para que todas as mães que se identifiquem se possam sentir apoiadas e incentivadas a pedir ajuda.

Seleção dos e-mails mais significativos enviados a Ribeiro

Entrevistador

Ribeiro

qui 31-08-17, 18:30

Boa tarde,

O meu nome é Joana Nogueira e sou a estudante da Faculdade de Belas Artes da Universidade do Porto, que está a fazer a tese de mestrado sobre a desestigmatização da depressão pós-parto. Em contacto com a enfermeira Ana Vale, do blog “Mulher, Filha e Mãe”, tive conhecimento que estaria disponível em colaborar comigo nesta jornada. O intuito do meu projecto é transformar o seu testemunho numa obra que envolva o design e a imagem, tendo como objectivos principais a desestigmatização da doença bem como transmitir a todas as mulheres e mães que é um problema real e incentivá-las a pedir ajuda. Sendo do Porto, talvez fosse pertinente combinarmos encontrarmo-nos pessoalmente e conversarmos um pouco para nos conhecermos melhor.

Desde já muito obrigada pela sua disponibilidade em colaborar comigo!

Qualquer dúvida, disponha.

Um beijinho,

Joana Nogueira

sex 01-09-17, 16:57

Olá boa tarde

adorei a sua ideia. Não sei como vai conseguir ;) mas estarei disponível para dar uma ajuda, e tenho a certeza que com a enfermeira Ana também a dar uma ajuda terá um excelente trabalho.

Eu moro e trabalho no Porto, trabalho no hospital de Santo António, sou técnica superior de diagnóstico e terapêutica, não tenho muita disponibilidade mas tenho a certeza que chegaremos a um horário para marcar encontro :) diga-me datas, horas e locais e vamos acertando.

Beijinhos

Ribeiro

qui 21-09-17, 08:38

Olá, tudo bem? :)

Desde já, foi um prazer conhecê-la e agradeço-lhe mais uma vez por colaborar comigo!

Esta semana encontrei-me com a minha orientadora e, juntas, vimos já alguns pontos que serão pertinentes de abordar no meu projecto, tendo em conta a sua história.

Possivelmente com o avanço do projecto irão surgir algumas dúvidas e, entretanto, se a Cátia se lembrar de algum momento, objecto, som ou mesmo cheiro, por exemplo, que seja importante de mencionar envie-me um e-mail ou mensagem.

Entretanto, na reunião desta semana com a minha orientadora surgiu um ponto que achamos essencial de abordar e criar em paralelo com este meu projecto (quando tiver mais certezas se é possível e se vamos avançar nessa direcção partilho tudo consigo!).

Mas para tal era necessário o contacto directo com um psiquiatra; a Cátia conhece alguém que esteja disponível para me esclarecer algumas dúvidas?

Um beijinho,

Joana

seg 25-09-17, 08:49

Olá bom dia

Peço desculpa pela demora, o seu projecto é muito bom por isso no que puder ajudar pode contar.

Alguns momentos que me lembro: o medo de ficar sozinha, mas também tinha o sentimento de dualidade de querer ficar sozinha, só eu e mais ninguém.

O querer sair de casa versus o querer ficar em casa.

Som: o que mais me recordo desse tempo é o choro do bebé.

E a música de relaxamento do bebe, o white noise, a minha música de meditação (esta ligado ao meu processo de cura)

Objeto que me vem à memória é mesmo a nossa almofada, significa p mim o cansaço, o conforto, e o querer ficar sozinha sem ng, a cama, o quarto, um espaço em que estamos sozinhas!

Os cheiros não consigo associar a nenhum. Mas sei se nessa altura não descuidava do banho do bebe, ele tinha que andar sempre limpinho e cheiroso ao contrário do que pensava sobre mim.

Se me lembrar de mais alguma coisa eu vou passando...

Também estou a pedir ao meu marido que me ajude a relembrar de algumas coisas, pois a minha memória está mais fraca.

Quanto ao psiquiatra ou psicólogo só conheço os meus, entra em contacto com eles pode ser uma ajuda. O e-mail do meu psicólogo é: psicologo@ricardojoateixeira.pt :) Beijinhos e até já :)

ter 10-10-17, 15:00

Olá, tudo bem? :)

No seguimento do meu projecto, estive a analisar as notas que retirei da nossa primeira conversa e do e-mail que me enviou há umas semanas e tenho chegado a algumas conclusões. Irei partilhar consigo logo que estejam mais solidificadas. No entanto há um pormenor que salientou que me captou a atenção: quando no último e-mail me referiu que ia pedir ao seu marido ajuda, porque a sua memória está mais fraca, esta situação acontece devido a toda a situação que viveu ou pode-se considerar uma espécie de lapso de memória e este ser também um sintoma da sua experiência? Durante os meses mais difíceis sentiu que a sua memória foi afectada, para além do cansaço e tristeza? Se sim consegue descrever-me em que sentido isso aconteceu? Lembro-me de se ter focado no facto de tudo ter ocorrido nos meses mais frios: considera que é uma passagem importante na sua experiência? Se houver algum episódio que entretanto se tenha lembrado, ou mais uma vez, um objecto que tenha uma relação e um valor simbólico, partilhe.

Bem sei que não deve ser fácil relembrar este processo, mas a sua ajuda tem contribuído para este projecto e muito!

Um beijinho grande,

Joana

quar 11-10-17, 12:29

Olá joana

Fico contente que as coisas estejam a andar, é claro que gostaria de ver e acompanhar. Quanto às questões que me coloca: a minha memória sem duvida falha, há coisas que não me lembro, de tudo o que sei é que li pode ser uma consequência de todo o processo de depressão, o facto de ser traumático psicologicamente, a mente o que faz é desligar esses episodios mais tristes. A gravidez também não ajuda, mas esse período a falha de memória deve-se mesmo ainda período traumático. Durante os meses mais difíceis tinha que apontar tudo, escrever o que fazia e fiz para não me esquecer. Tinha um caderno que apontava os horários todos do bebe, desde horas da mamada, muda de fralda, banhos para saber sempre como andava. Só assim conseguia ter tudo organizado.

Relativamente aos meses frios, no meu caso em particular sim, foi um das “causas” se é que se pode dizer assim, o facto de não poderes sair e de ver a luz do dia fora das janelas “ajudou” em todo o processo. Nos meses de frio com um bebé recém nascido só nos diziam para não sair para limitar as visitas em casa, e com medo de ele ficar doente ficavas em casa, pois aí conseguias controlar o ambiente em termos de temperatura...

Será que consegui responder a tudo?

Se me lembrar de mais alguma coisa eu digo. Qualquer dúvida diga :)

Beijinhos

qui 12-10-17 08:36

Olá,

Sem dúvida que ajudou e me deu mais algumas referências importantes e interessantes para trabalhar do ponto de vista visual, bem como mais tarde, espero, transmitir o que realmente acontece durante uma depressão pós-parto.

Como estou a ler alguns livros sobre memória, ainda não tenho os conhecimentos totalmente solidificados, no entanto, pelo que me descreve existe uma falha e deterioração desses acontecimentos, correcto? Ou considera antes como uma distorção, no sentido em que a memória do que aconteceu está presente mas não há fidelidade dos factos, é como se houvesse uma espécie de nevoeiro?

No caso do seu marido se ter lembrado de algum pormenor que a Cátia não, pedia-lhe para me ir transmitindo essas informações, uma vez que a minha abordagem a esse lado da memória talvez venha a ser feito desse ponto de vista - ainda que esteja tudo em aberto e, claro, a ser discutido com a minha orientadora. Mais uma vez, irei expor-lhe melhor esta minha ideia para perceber se faz sentido para si.

Beijinhos :)

Joana

qua 18-10-17 16:42

Olá Joana

Tudo bem?

Lembrei-me agora de uma coisa que esqueci-me e acho muito importante.

Durante o período que estive com depressão eu chorava muito e o que venha a minha mente era o medo, o pânico mesmo, de o meu filho não gostar de mim, isso acompanhou-me até agora, pois neste momento o Diogo já expressa as coisas. O medo de ele não gostar de mim, fez com que impedisse outras pessoas de aproximarem dele, pois eu não deixava, queria o Diogo sempre junto a mim, no meu colo. Vivi muito esse medo.

Esta história da memória é mm como um nevoeiro, pois as coisas às vezes lá aparecem. Não acho que seja distorção da memória pois eu vivi mesmo, agora acho que é como uma capa que protege e só vai abrindo aos poucos para nos fazer lembrar de algumas coisas.

Beijinhos

ter 21-11-17 15:05

Olá :)

Como combinado envio as questões às quais gostaria que o seu marido respondesse. São uma espécie de tópicos, pelo que se sentir necessidade de incluir algumas delas numa única resposta, por favor esteja à vontade, com excepção da pergunta nº 4 que seria conveniente responder diretamente. Envio um documento em word caso seja mais fácil responder através dele e depois reenviar-me. Qualquer dúvida, disponha. Entretanto se me pudesse facultar as imagens do seu bloco agradecia, bem como de outras frases que possivelmente se tenha lembrado ou se lembre mais tarde. Relativamente à palestra que assistiu no outro dia, surgiu-me uma dúvida: a Mikaela Ovén falou com português ou inglês? Pergunto, porque como tenciono contactá-la precisava de saber em que língua redigia o texto.

Mais uma vez, muito obrigada pela colaboração!

Beijinhos,

sáb 16-12-17, 21:42

Olá,

Já reencaminhei as questões para o meu marido, vou aguardar as resposta.

Junto envio algumas fotos do bloco se não conseguir ver depois diga qualquer coisa.

A mikaela fala português mas ele não está diretamente ligado à DPP apenas ensina uma técnica que me foi indicada para o tratamento, a Dr Filipa machado vaz é que, daquilo que percebi na palestra que fui, estará ligada a DPP.

Qto as frases que tb me pediu ainda não me recordo de nenhuma.. :(foi vivido mto a 2 (3 c o Diogo) e aquilo que sentíamos era o cobrar a presença do bebe qdo ele era muito pequenino, e nos só queríamos ficar em casa, o não perceber que do que precisamos era de ajuda para comer... não me recordo de nenhuma frase que me/nos teriam dito :(desculpe!

Mais alguma coisa depois diga.

Beijinhos

sáb 18-12-17, 22:23

Olá,

Muito obrigada!

Quanto às perguntas, envia-me quando tiver oportunidade :)

Relativamente às frases, como da última vez me deu uma ideia do que lhe era dito, irei construir algumas e depois dá-me o seu parecer, se concorda, por aí.

Estive a ver as imagens que me enviou e surgiram-me algumas dúvidas relativamente a umas designações e letras/siglas:

1 - Na página destinada a “Comer”, a terceira e quarta coluna referem-se exactamente a que situação (não consigo perceber a palavra exacta)?

2 - E as letras D e E?

Beijinhos,

Joana

qua 03-01-18, 21:49

Olá joana

Peço imenso desculpa mas estes dias tem sido difíceis. Desde aniversário do filho, natal, passagem de ano e pelo meio descobrir que estou grávida e ter ficado de baixa por risco de aborto, não tem sido nada fácil.

Começo pelo número 2 que D é direita (mama direita) e E (mama esquerda)

O meu marido também anda atrasado quanto as respostas peço imensa desculpa.

Quanto ao número 1 - nos colocávamos a hora da alimentação, depois se foi mama qual a mama e depois se levou biberão e a quantidade, e depois se teve cólicas, se fez coco, xixi...

Espero ter ajudado.

Beijinhos

E Bom Ano :)

qua 17-01-18, 11:34

Ola Joana tudo bem?

segue em anexo as respostas do meu marido, desde já peço desculpa pela demora. espero que sejam uteis.

Beijinhos

Cátia Ribeiro

sex 09-02-18, 10:33

Bom dia :)

Venho mais uma vez tirar umas dúvidas para o meu projecto.

Depois de analisar as respostas às questões que coloquei ao seu marido, surgiu-me uma dúvida: ele refere, na pergunta 3, que uma das principais mudanças foi o medo irracional. Aqui refere-se à Cátia, correcto? Será que me poderia dar exemplo de mais medos irracionais concretos?

Entretanto, tive algumas novas ideias - as quais gostaria de lhe explicar num próximo encontro a marcar (pessoal ou via skype, por exemplo), caso tenha essa oportunidade. A Cátia descreveu-me que quando se refugiava no seu quarto, por vezes, colocava música: poderia dar-me vários exemplos dos autores ou do tipo de música, já que possivelmente vou utilizar esse conceito?

Muito obrigada e continuação de tudo de bom :)

Um beijinho,

Joana

dom 11-02-18, 23:15

Olá boa noite

Desculpe a hora mas quero aproveitar para responder : relativamente à pergunta 3, seria sobre mim sim, eu tinha um medo, um receio enorme do Diogo não gostar de mim, com isso não deixei que nada nem ninguém me afastasse dele. Tinha medo de não saber brincar com ele, basicamente tinha medo de não ser boa mãe para ele.

Quando quiser poderá ser sim por Skype, agora até está mais frio ;)

Beijinhos

seg 12-02-18, 09:31

Olá :)

Obrigada pela resposta. Então aquele exemplo que o seu marido deu, de não conseguir comer comida sólida, é hipotético ou realmente aconteceu?

Um bejinho,

Joana

Mãe, presença (des)habitada: uma reflexão artística sobre a depressão pós-parto

seg 19-02-18, 09:42

Olá Joana

Lembrei-me que também não lhe respondi a uma a da música, a música era mais para o Diogo dormir nessa fase não ouvia muita música, não sou uma pessoa que esteja sempre a ouvir música imante que seja uma coisa que adore fazer. Relativamente ancomida sólida, foi também do diogo, ele só começou a comer a sério aos 2 anos e meio. :(

Beijinhos

seg 19-02-18, 14:02

Olá,

Perguntei sobre a música, porque apontei num dos nossos encontros que para se acalmar, numa situação de ansiedade, costumava por vezes colocar música. Possivelmente estava a referir-se ao seu filho e eu confundi. De qualquer das formas pode dar-me alguns exemplos da música?

Um beijinho,

Joana

qua 21-02-18, 21:24

Olá Joana

Relativamente à música, eu ouço música sim para acalmar mas só depois da terapia, antes não...a música pesquiso mindfulness e a música que apetece para isso faz parte da minha playlist. Quanto a música do Diogo, tb faço pesquisa de músicas para bebés dormirem e a mais tranquila é isso que ele ouve.

Beijinhos

qui 29-03-18, 09:17

Olá, tudo bem? :)

Venho confirmar uma questão que me referiu no nosso primeiro contacto e que penso ser relevante de abordar no meu projecto. Penso que esteja relacionado com a dificuldade em amamentar o seu filho, mas corrija-me se estiver errada. Nas minhas notas apontei que no seguimento desse período, uma enfermeira ou parteira lhe disse que era normal essa situação ocorrer e que não se deveria de preocupar tanto, estou correcta? Poderia dar-me mais alguma informação sobre o que esta enfermeira/ parteira lhe disse? De certa forma foi um apoio nesse momento, estou certa?

Tenho também apontamentos do facto de ter que se “ajustar” ao universo azul, como penso que lhe chamou, quando soube que era um menino. Tem algum objecto ou brinquedo que lhe remeta para essa situação?

**Um beijinho,
Joana**

qua 04-04-18, 21:21

Olá Joana

Desculpa a demora.

Quando descobri que era menino tentei entrar nesse mesmo mundo azul, assim tenho 2 objetos que destaco: o primeiro fatinho do Diogo, que adorei assim que o vi e veio comigo, e um carrinho de corridas de brincar que foi o primeiro presente que compramos para ele.

Quanto a enfermeira,destaco 2, a que assistiu ao meu parto e pelo facto de ter passado pela mesma situação que eu estava a passar ajudou-me a perceber que era normal a amamentação não estar a ser fácil, a empatia dela ajudou-me a acreditar e a nunca desistir. E depois tive a do centro de saúde que esteve comigo durante horas a ajudar-me a fazer as coisas bem, com estas 2 aprendi a não desistir e a tentar todos os dias um bocadinho. Será que respondi?

Estou desejosa por ver o resultado final :) parece que estou a viver tudo de novo, pois agora queria um menino e vem aí uma Mariana. O choque foi grande, mas já me habituei à ideia :)

Beijinhos grandes

qui 05-04-18, 09:04

Olá,

Relativamente à parte do apoio das duas profissionais, destaca alguma frase que lhe tenham dito ou algum gesto? O que pretendo fazer no meu projecto, tendo em conta esta situação, é confrontar o que a Cátia estava a experienciar com esse apoio que veio “de fora” e que a ajudou, através de uma narrativa entre ilustração e som. Mas conto melhor quando falarmos por Skype. Estou só a reunir algum material mais avançado para combinarmos e lhe dar “um cheirinho”. Até porque a sua visão do meu trabalho é importante em todo este processo!

Mãe, presença (des)habitada: uma reflexão artística sobre a depressão pós-parto

Quanto à exposição do meu projecto, tendo em conta que a entrega da minha tese será a 2 de Julho, provavelmente irá estar disponível ao público depois dessa data. Mas dar-lhe-ei depois os pormenores quando souber :)

**Um beijinho grande,
Joana**

sex 06-04-18, 21:04

Olá

Fico contente que as coisas estejam a correr bem :)

Quanto a frase a que mais me lembro foi da enfermeira que assistiu ao parto me dizer que: “o meu filho mais velho era igual, foi muito difícil ele começar a mamar. Mas depois de muito insistir consegui. Vá para casa e vá tentando...”

Já não me lembro ao certo de todas as palavras mas a frase foi com este sentido...

Beijinhos

ter 22-05-18, 15:29

Olá :) espero que esteja tudo bem consigo!

Apesar do meu projeto estar quase a terminar, surgiram algumas alterações e novas questões sobre o seu processo de cura, mais direcionado para o mindfulness e como se sentiu nessa situação. Contou-me da música de meditação e do ioga, mas gostava de saber um pouquinho mais. Por exemplo, quais os primeiros pensamentos que lhe surgiram quando iniciou esse processo, como se sentiu, que alterações primárias aconteceram? Ainda não tenho a certeza se irei incluir algo directamente relacionado com este tratamento, mas pode ser uma dica para uma peça central da instalação.

Será que nos poderíamos encontrar pessoalmente, ou caso prefira por skype? Assim exponho-lhe em que ponto está o projeto e talvez seja mais fácil abordarmos esta questão que lhe coloquei hoje.

**Um beijinho e muitas felicidades,
Joana**

sex 01-06-18, 15:17

Olá tudo bem?

Por aqui estamos em modo descanso.

Quanto às questões: o mindfulness apareceu como de terapia. O mindfulness pode ser feito com ou sem música, ajudou-me a focar mais. No presente é no agora, isso para mim tem sido o fundamental para manter a calma e não entrar em pânico.

No início aceitei fazer meditação como “tratamento “ e acabei por perceber que era uma filosofia de vida que eu precisava, comecei a interessar - me mais por tudo o que está relacionado.

Pensava que não ia resultar mas aos poucos fui percebendo que sim e até me foi ajudando no trabalho, ver os ataques de pânico a diminuir para mim foi uma vitória.

Espero que tenha ajudado. Desculpa a demora.

Beijinhos

Mãe, presença (des)habitada: uma reflexão artística sobre a depressão pós-parto

Caderno pessoal

DATA	ACTIVIDADE		Dormir	Nois
	O que? Quanto tempo?	Banho		
21/12	22:55 Dormir	5/13:30h	Sim 22:55	Catib dormiu 00:30-4h
22/12	4:35 Dormir	-	Sim 4:35	Dormir
22/12	6:30h Dormir (fornido)			Pegamos Almoço
"	Dormir		Sim	Almoço
"	Dormir		Sim	Lanche/Santa Descaço
23/12	Banho (18h)			
24/12	Dormir 6:20-10M Acordou por si Estava a dormir; muito triste		(Sim 3h 50)	
"			Sim	
28/12	Banho (18h) / Mito mudo / catib	5/18M	2da 22h 20	EXHAUSTOS

Fig. 73 - Página exemplar do caderno pessoal: tipo e duração das atividades referentes ao bebé e anotações das atividades dos pais.

	22:50	30 ml	D-15 min		
	23:30		E-10 min		
28/12	05:20	10 ml	E-15 min		
	06:00		D-15 min		
"	11:00	30 ml	Ø		
	12:30				
"	13:30	30 ml	Ø		
"	16:00	Let. det.	D-15 min		
	16:45	20 ml	E-15 min		
"	17:10	supl. 30 ml		catib xi	
"	22:00	30 ml	E-15 min	catib xi	Dormir e depois acordar
	22:45		D-Ø		
29/12	00:30	20/25 ml			

Fig. 74 - Pormenor da organização da alimentação do bebé (da esquerda para a direita): dia, hora, quantidade de leite do biberão, qual a mama e duração, funcionamento dos intestinos e outros.

6.1 Entrevista a Ribeiro (notas de campo, e-mails e caderno pessoal)

CADERN					
Data	Horas	Syllabus (ml)	Fluido (ml)	Introdução/Unidade	Outros
29/12	03:00	≈ 25 ml	D-15 ml		
	03:45		E-15 ml		
"	10:30	≈ 15 ml	30 ml		12:30 ext. ≈ 10 ml
	11:00				
29/12	13:40	10 ml	E-15 ml		
	14:20		D-12 ml		
"	16:50	40 ml	15 ml	Colicós	
"	19:45	≈ 10 ml	D-15 ml	Colicós	
	20:15		E-12 ml		
"	23:55		E-12 ml		
	00:10		D-12 ml		
30/12	3:50 AM	≈ 15 ml	D-12 ml		Tome da sua acurdação
	4:55 AM		E-12 ml		
"	9:10	≈ 20 ml	D-10 ml		xi/Lico 10:30 +
	10:10		E-10 ml		
"	12:50	≈ 10 ml	E-15 ml		
	13:30		D-15 ml		
"	18:30	≈ 20 ml	D-15 ml		xi
	19:20		E-15 ml		Coco
"	21:00	≈ 10 ml	E-15 ml		
			D-15 ml		

Fig. 75 - Exemplar da descrição da alimentação do bebé.

CADERN					
Data	Horas	Syllabus (ml)	Fluido (ml)	Introdução/Unidade	Outros
"	9h		E-20 ml		
			D-5 ml		
"	12:20		D-20 ml		
	13:30		E-20 ml		
"	18:30		E-15 ml		
	19:10		D-10 ml		
"	22:40		D-15 ml		
	23:15		E-10 ml		
24/12	04:00	20-25 ml	E-15 ml		
	04:40	05:15h	D-10 ml		
"	10:20		D-15 ml		
	15:50		E-5 ml		
"	18:50		E-15 ml		
	13:30		D-10 ml		
"	18:00		D-15 ml		
	19:00		E-25 ml		
"	21:00	30 ml			
25/12	02:30	25 ml	E-15 ml		
	03:10		D-10 ml		
"		15 ml (524)			

Fig. 76 - Exemplar da página da alimentação.

6.2 Termo de consentimiento informado

6.2 Termo de consentimiento informado (página siguiente)

Termo de consentimento informado

Porto, 2017-2018

Título do estudo: Mãe, presença (des)habitada: uma reflexão artística sobre a depressão pós-parto

Enquadramento: Tese de Mestrado em Design da Imagem. Faculdade de Belas Artes da Universidade do Porto.

Assunto: Colaboração na investigação “Mãe, presença (des)habitada: uma reflexão artística sobre a depressão pós-parto”, realizada no âmbito da tese de mestrado em Design da Imagem, da Faculdade de Belas Artes da Universidade do Porto.

Justificação: A investigação centra-se no estudo do estigma da depressão pós-parto e como estratégias visuais poderão contribuir para a sua diminuição.

O testemunho de uma mãe que nos possa relatar a sua experiência com a doença será, acreditamos, uma mais valia para a divulgação de uma vivência subjetiva e concreta, alertando para a seriedade e gravidade da doença. Solicita-se a participação em entrevistas presenciais ou via e-mail, estruturadas a partir de um guião aberto e/ou semiestruturado. Os dados recolhidos serão analisados e tratados tendo em vista a criação de uma plataforma física com características de uma instalação de arte.

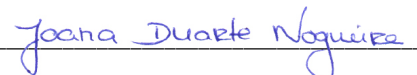
Pretendemos contribuir para o aumento do conhecimento do público acerca do tema, maior sensibilidade e abertura, desconstrução do preconceito e incentivar a procura de apoio. Através do design e das ferramentas adjacentes a esta área, visamos divulgar a temática e assim atingir níveis superiores e mais adequados de literacia para a saúde mental.

Garantimos a confidencialidade necessária e prometemos o anonimato da participante.

Agradecemos a colaboração e disponibilidade para nos ajudar na concretização dos nossos objetivos.

Por favor, leia com atenção a informação acima descrita. Em eventual dúvida ou na necessidade de qualquer esclarecimento adicional, entre em contato com a investigadora Joana Nogueira, responsável por esta investigação, pelo e-mail joanaduarte.design@outlook.pt. Se concorda com a proposta, queira assinar este documento.

Declaro que li e compreendi este documento e todas as declarações verbais fornecidas pela pessoa responsável por este estudo e que acima assina. Aceito participar nesta investigação e autorizo a utilização dos dados que voluntariamente forneço, confiando nas garantias de confidencialidade acordadas por ambas as partes.

 (Assinatura do investigador responsável)

 (Assinatura do participante)

6.3 Entrevistas: Coelho, Ana Vale, Joana Nogueira, Mikaela Övén

Entrevista a Coelho (marido de Ribeiro) | Via e-mail | 17 de Janeiro de 2018

Sendo a maternidade e a paternidade uma fase de grandes aprendizagens e caracterizada pela necessidade de se adaptarem a novas experiências e rotinas, quais as dificuldades que mais destaca?

Disponibilidade de tempo para dedicarmo-nos a 100% e sem pensar na tarefa a seguir ou pendente; articulação entre o nosso cansaço mental e a necessidade de estarmos “disponíveis” para as necessidades da mãe e do filho.

Após o seu filho nascer vê a maternidade/paternidade de uma forma diferente? Se sim, que aspetos salienta?

Não. Sabia, e sei, que, dependendo do tipo de pai que quero ser, necessito de maior/ menor empenho com as devidas consequências. Ajudou ouvir os amigos e as dificuldades que (ainda) passam.

Relativamente à depressão pós-parto, como é que esta doença influenciou a vossa vida? Destaca um ou mais episódios que tenham sido marcantes nesta vivência? E que mudanças a nível psicológico, emocional, familiar e/ou social caracterizaram este período?

O facto de se ter começado a identificar um certo afastamento entre nós e algumas reacções não fundamentadas, foi o que permitiu identificar logo no início que algo não estava bem. Sempre tivemos (extemos) tido uma ótima relação e comunicação, sendo a parte da comunicação e isolamento os 2 aspetos mais salientes dessa fase. Dada a fase difícil passada por ambos, hoje em dia, tenho alguma dificuldade em lembrar episódios específicos. As principais mudanças que me lembro foram os medos irracionais (ou seja, medo de algo que agora esta presente nunca mais passar - p. ex. não comer comida sólida), dificuldade em lidar com situações de stress, desequilíbrio emocional e dificuldade em lidar com as mudanças corporais (baixa auto-estima).

A sua esposa destaca falhas de memória relativamente a esse período: existe mais algum episódio que não esteja mencionado acima e que ela não se lembre? Como descreve este momento e este sintoma pelo qual a sua esposa passou?

Também eu tenho algumas falhas de memória relativamente a essa altura. Lembro-me de sentimentos gerais mas não de factos específicos. No fundo, e tendo em conta a minha personalidade, acho que isso também foi uma forma de o meu cérebro lidar com situações menos positivas e sem estragar a relação que conseguimos construir até aí.

Considera que existe um estigma ou preconceito relativamente à depressão pós-parto? Se sim, qual? E que fatores acredita contribuir para a doença? Tem conhecimento de outros casos, seja do seu círculo mais próximo ou histórias encontradas em artigos (impressos ou online)?

Sim, penso que existe vergonha em admitir perante a sociedade do impacto emocional que esta fase acarreta. Talvez por desconhecimento dos sintomas ou por uma “tradição” que a doença mental não é doença porque “não se vê”... Em minha opinião, há alguns fatores associados ao bebé que promovem (diria, fatores extrínsecos) e outros, relacionados com a pessoa (fatores intrínsecos). Dos primeiros, destaco o estímulo constante relacionado com a fase precoce do bebé em que necessita a atenção a 100% dos pais (costumo dizer que a partir do 1º ano, é mais fácil de gerir: as preocupações mantêm-se ou são substituídas por outras, mas gere-se de forma melhor pela menor dependência, gradual, da criança). Dos fatores intrínsecos, destaco a baixa auto-estima e dificuldade em lidar com as próprias limitações e dificuldades; e o facto de o pai/mãe ter passado demasiado tempo (vinte e tal anos ou mais) em que depende só de si (ninguém depende dele(a)) e seu o cérebro “habitou-se” a isso. A chegada de uma criança com a dependência a 100% (ou mais) faz com que o cérebro não saiba gerir este “multitasking” emocional e físico. Estes são 2 fatores importantes que, em minha opinião, permitem a um ser humano lidar de maneira melhor ou menor com as dificuldades desta fase. Por esta razão, costumo aconselhar a alguém que tenciona avançar para a paternidade a adoção de um cão/gato para ir treinando o cérebro a rotinas e dependências obrigatórias que se sobrepõem à nossa própria vontade. Tenho conhecimento de alguns casos que, não tendo sido assumidos, se assemelham à situação vivida por mim e pela minha esposa. Particularmente, a minha mãe, que ainda hoje tem algumas “cicatrices” emocionais desses tempos.

Entrevista a Ana Vale | Via skype | 12 de Junho de 2017 - 23:45

A entrevista durou cerca de 1 hora

Ana Vale ecebeu-me de forma muito entusiasmada, sempre com um sorriso. Colocou-me logo à vontade, visto que estava nervosa e pediu que nos tratássemos por tu, uma vez que somos sensivelmente da mesma idade. Pediu desculpa pelo pequeno atraso. Apresentei-me, introduzindo o meu percurso ao longo do curso de mestrado em Design da Imagem, o tema da investigação e como cheguei ao seu contacto. Ana Vale disse que ficou muito feliz por receber o meu e-mail e iniciamos a conversa.

Entrevistador

Ana Vale

Eu tenho o blog há cerca de dois anos e tudo começou porque eu passei... não foi bem uma depressão, pelo menos não foi diagnosticada. Eu passei por um blues assim muito forte durante muitas semanas. E como na altura eu não encontrei muitas respostas, inicialmente o blog começou porque eu queria encontrar outras mulheres com histórias semelhantes e perceber o que é que elas queriam fazer ou como é que elas faziam para saírem desta situação, foi um bocadinho dentro dessa tentativa. Só que depois o blog ficou um bocadinho mediatizado, comecei a receber muitos pedidos de ajuda de mulheres nesta situação. Portanto, eu sou enfermeira mas na altura era só enfermeira (não sei se tens esta noção mas os enfermeiros também fazem especialidades), enfermeira generalista, e então acabei por depois ingressar na especialidade que estou agora à espera de discutir a minha tese de mestrado e com o objetivo de aprofundar mais conhecimentos do tema e à medida que fui aprofundando conhecimentos fui fazendo evoluir o projeto Mulher, Filha e Mãe, um projeto que eu tenho e que pretende apoio a estas mulheres que sofram de ansiedade e depressão pós-parto, que é muito comum. Eu própria estou numa fase de transição, em que eu estou a fazer a tentar fazer crescer este projeto. Este projeto baseava-se mais no que eu publicava no blog e na minha formação do tema, só que depois da formação, agora estou a apostar nos grupos de mães, que é uma coisa que eu sei que faz muita falta. Não só mães com estes problemas, mas na óptica não só de actuar na doença mental mas também de promover a saúde mental. Mas agora também está tudo em “águas de bacalhau”, como se costuma dizer (*ri-se*). Mas há aqui uma forte possibilidade de juntar uma equipa de seis ou sete pessoas que trabalham na área, alguns psicólogos, alguns enfermeiros especialistas e há aqui a possibilidade de avançarmos com uma associação mesmo para trabalhar com estas mulheres, mas está tudo ainda no início. Isto para te dizer que fico feliz por receber o teu e-mail, porque é muito interessante perceber que há pessoas noutras áreas que ... aquilo que tu estás a fazer ou que podes vir a fazer, e se o fizeres obviamente que acho que fazes muito bem mas fico-te muito grata como profissional mas também como mulher que é dares visibilidade, outra via ao problema.

Disseste uma coisa e que é verdade, este tipo de trabalho acaba por facilitar a diminuição do estigma face à doença. E as pessoas não é que deixem de ter receio de falar, mas as coisas passam a ser mais retratadas mais faladas, é uma forma diferente de comunicar uma mensagem. No blog comunico muito por texto e tu trabalhas isso de uma forma muito melhor, trabalhas a partir da imagem. Não percebo muito bem, mas tudo o que estiver ao meu alcance e que eu te possa ajudar, podes ter a certeza, Joana. A sério, não só porque acho o trabalho super interessante, porque adoro o tema e isto para mim é... se eu puder trabalhar o resto da minha vida nisto, vou fazer porque eu gosto mesmo muito de trabalhar nisto. É mais do que um trabalho, sinto mais no sentido da missão, a fazer algo por esta área. Se quiseres posso explicar-te um bocadinho. Porque eu sei que uma coisa é aquilo que nós vemos, embora no blog eu tenha uma área onde tento fazer textos mais simples, para as pessoas que não percebem muito do assunto lerem um bocadinho melhor o que quer dizer. Mas eu sei que para quem nunca lidou muito com o assunto, perceber a diferença entre alguns sintomas, entre algumas doenças, pode ser um pouco difícil... ou então não. Se quiseres que te esclareça alguma questão nesse sentido, estás à vontade. Posso perfeitamente falar um bocadinho contigo, se estiveres mais dúvidas ou assim para te ir ajudando, posso dar-te o meu testemunho se tu quiseres. Do Porto... Tu tinhas falado, não sei se te cheguei a dizer isto no e-mail, mas eu sou muito contactada por mulheres do Porto, mesmo muitas. Por isso eu tenho muitos contactos de mulheres do Porto. Agora, nunca as conheci, nunca acompanhei o tratamento delas. Conheço algumas mulheres que vou acompanhando o tratamento delas, mas aquelas que tenho conhecido é mais aqui, na região de Lisboa. Eu sei que há algumas que eu acredito que não se importavam de participar, mas são aqui de Lisboa. Há duas do Porto, com quem eu tenho tido mais contacto que também lhes enviei e-mail, mas elas ainda não me responderam. Mas às vezes podem não ir com tanta frequência ao e-mail. Mas agora diz-me tu, tu é que sabes...

Obrigada, desde já. Se fosse de Lisboa não tinha problema nenhum. Falaste-me de uma Ana...

Sim, sim. A Ana é uma leitora que costuma escrever aqui para o blog, às sextas-feiras, penso eu. É uma pessoa com quem eu tenho privado muito mais. É uma pessoa que de certeza se eu lhe disser ela vai querer participar. Mas eu falo com ela e falo-lhe.

O facto de ser em Lisboa não é um impedimento, existe o skype e eu tenho facilidade em deslocar-me se for necessário um contacto mais pessoal. A questão da confidencialidade está acima de tudo, não se preocupem com isso.

Joana, olha com tudo o que eu te disser mesmo sobre a minha história, estás à vontade de publicar mesmo com o meu nome, porque no fundo eu já estou a dar a cara por este problema há cerca de dois anos. Já dei algumas pequenas entrevistas sobre o tema,

portanto de certa forma as pessoas sabem. Comigo estás completamente à vontade, não há problema nenhum. Em relação à Ana sinceramente tenho que lhe perguntar, porque ela cada vez mais convive muito melhor com o assunto. Ainda há mulheres que têm muita coisa por resolver, o tratamento ainda não está finalizado, há coisas que ainda não são aceites pela própria família. E essas duas raparigas do Porto tenho quase a certeza que iriam pedir confidencialidade.

O meu projeto vai-se basear na experiência e na vivência. Não será retratado a nível fotográfico. Ou mesmo que o seja não será com a pessoa, portanto o que eu pretendo criar é uma instalação artística...

Eu não percebo muito bem mas vou tentando perceber (*risos*)

Digamos que é um espaço trabalhado e organizado a nível “artístico”. Ainda não tenho bem a certeza, porque a minha área é mais o design gráfico, portanto também vai ser uma experiência nova para mim, quer do tema, quer da sua aplicação prática. Mas o que eu tenho vindo a reparar, quer dos testemunhos do blog e outros testemunhos de jornais The Guardian, é que muitos dos testemunho têm uma componente metafórica e física. Apela ao sensorial, à questão tátil, dos cheiros, do som. Há uns tempos estive a falar com uma amiga minha que passou por uma depressão major e ela disse que sentia-se completamente vazia no sentido de ter um buraco dentro dela. São metáforas, por si só já muito fortes, e que visualmente podem ter um impacto quer na sociedade, quer pela parte de quem não passa, mas também pela parte de quem passa perceber que não está sozinha. É um bocado por aí... Estou agora a desenvolver dois projetos para a faculdade, porque os professores deram-nos a possibilidade de começar já a explorar as áreas e um deles tem a ver com antes e o depois da pessoa passar pela depressão...

Isso é super interessante, Joana, super mesmo...

Porque realmente há um antes e um depois. Nos próprios testemunhos dá para perceber há um pensamento de que a maternidade é muito romantizada, e não há mal nenhum obviamente que é uma época muito bonita, mas também há o outro lado que se tem que aceitar, digamos assim., que faz parte. E o que eu estou a tentar fazer é criar uma espécie de um vídeo que vou conjugando a nível visual e sonoro. Por exemplo, existem alguns testemunhos que dizem que antes da depressão eram pessoas muito sociáveis e muito organizadas e depois sentiram-se mais isoladas e só queriam ficar sozinhas com os filhos ou sozinhas de todo. E então uma espécie de metáfora que estou a criar com a imagem é filmar, por exemplo locais públicos com muita gente simbolizando o lado sociável e com movimento com som e num momento a seguir, exatamente a mesma imagem mas sem som, ou seja o silêncio, porque há esta ideia de isolamento e de não querer falar com ninguém.

Sim sim, uau!

Portanto é um pouco por aí que estou a explorar. Não quer dizer que o projeto final vá ser assim mas são experimentações. E gostaria então de perceber um pouco o teu lado, que pode não ter sido uma depressão mas com certeza foram alguns sintomas, foi complicado e isso não invalida o meu projeto. Por isso se me pudesses falar um bocadinho... Como é que tu vivias, como é que tu vias a maternidade e depois durante essa época o que é que mudou, de um modo geral, o que achares mais pertinente.

Olha, eu antes de ser mãe queria muito ser mãe e a minha filha foi muito desejada. Eu não vou misturar. Vou dar a minha visão enquanto mãe e depois posso dar-te uma visão enquanto profissional desta área. Porque sei que vou ter tendência para misturar algumas coisas. Misturar porque tenho obviamente uma visão materna, mas depois enquanto profissional sei que às coisas que podem levar mais a umas coisas do que outras. Enquanto mãe, eu queria muito ser mãe, mesmo. Era relativamente jovem para os dias de hoje, eu engravidei aos 25, tinha quase 26. Mas eu queria muito ter a minha filha e vivi a gravidez, para teres uma noção, ao contrário daquilo que pensei não vivi uma gravidez muito feliz na medida que vomitei muito desde o início até ao final da gravidez, que são sintomas até muito comuns mas tive um problema que nós chamamos hiperémese gravídica, que são as mulheres que vomitam constantemente e isso causa-nos um mal estar. Eu tive que por baixa muitas vezes ao início, às vezes não metia baixa mas ia vomitar para o trabalho, foi um bocado enfim. Isto para dizer que em termos de gravidez eu queria muito ter a minha filha, estava muito desejosa de a ter, muito feliz por ser mãe, mesmo. Vivi isto radiante completamente, mas depois tive esta parte física que me deitou abaixo e para além disso trabalhei imenso. Trabalhei até ao sétimo mês, mas como era enfermeira e estava num serviço onde tinha que levantar e deitar muitos velhotes, eu tinha que fazer muitas coisas sozinha e liderava uma equipa e estava cheia de trabalho e vivi um bocado sob stress. Mas a gravidez para mim, foi vivida muito com aquela coisa de “quando a minha bebé nascer, eu vou pegá-la nos meus braços, vai ser tudo espectacular, eu vou passear o carrinho” (*risos*)... e pronto o meu marido também queria muito ser pai e estávamos muito felizes. Era a primeira neta, a primeira sobrinha do meu lado. Portanto a família toda estava muito ligada a esta coisa da bebé. Imaginei muito esta bebé e é uma coisa comum que as mulheres fazem que é imaginar muito durante a gravidez. Eu imaginei muito como é que ela seria, sonhava com ela, que ela ia rir. Há medida que o tempo se ia aproximando eu também ia ficando um bocadinho ansiosa, a pensar “será que vou ser capaz, será que não vou ser capaz?”. Afinal de contas, quando eles estão na barriga nós não os vemos e fazemos a nossa vida normalmente. Mas depois quando nascem, aí é que nós percebemos que “epá, a nossa vida muda radicalmente”, porque vivemos só para eles. Portanto, é a mesma coisa que... Às vezes dou este exemplo, eu mesmo antes de ter a minha filha, a Madalena, mesmo até estar grávida, eu acordava ao fim-de-semana às horas que eu queria, depois comia ou almoçava às horas que eu queria.

Às vezes nem tinha nada para fazer para o almoço, não fazia ou ia almoçar fora ou às vezes estava sentada no sofá a ver televisão à noite e eu e meu marido estávamos juntos ou... pronto lá está, tínhamos a nossa rotina. Não tínhamos grandes preocupações. E a partir do momento que ela nasceu foi assim radicalmente (risos)... a vida mudou. É que é uma mudança no sentido em que tu comesças literalmente a viver desde o primeiro segundo que ela está cá fora para ela. Ou seja, a que horas é que ela acorda, tu tens que acordar às horas que ela acorda para comer, tens que acordar às horas que ela acorda para lhe mudar a fralda. Depois só te deitas nos intervalos em que ela está a dormir. Às vezes nas primeiras semanas, que é uma coisa que acontece e eu ainda não cheguei lá, mas estou a passar para, que é o baby blues... E uma coisa que acontece é que nem consegues tomar banho, porque é tanta coisa a acontecer. E tu como não tens esta experiência até podes pensar “como é que é isto é possível se uma pessoa está um dia inteiro só para cuidar de um bebé? Deve ter tempo para tudo”. Não é bem assim, porque os bebés... Para teres uma noção: ela acordava, começava a chorar, tentava pegar nela, acalmá-la, perceber primeiro o que é que ela tinha, se era fome, às vezes podia não ser. Na maior parte das vezes ela tinha fome, ia preparar o biberão, dava-lhe o biberão, tinha que arrotar, depois tínhamos que mudar a fralda. Depois de mudar a fralda, ela ficava um bocadinho a brincar ou ficava um bocadinho desperta, estávamos ali um bocadinho com ela. E só passado um bocado é que ela adormecia e nesta coisa toda foi uma hora e meia. E depois dormia mais duas horas e era se dormia essas horas seguidas. Portanto, isto depende muito do ritmo de cada bebé. E se pensares que, imagina, nós agora acordamos às 9h e fazemos a nossa vida e deitamo-nos às 11h ou meia noite. Mas com um bebé não, tu estás 24h sempre a acordar de duas em duas horas. Chegas ao final de três dias ou de uma semana a acordares sempre de três em três horas, tu já estás completamente estoirada, já só dormes de três em três horas, portanto o teu cérebro está totalmente estoirado. Por isso, isto para te dizer que as rotinas são difíceis, porque tu chegas a uma altura que estás tão cansada que se tiveres duas horas para descansar é ótimo, é verdade, mas depois tens a roupa para arrumar, tens a comida para fazer e são alturas em que é muito difícil fazer almoços ou jantares, porque parece que o dia não tem fim, estás sempre a acordar. Uma coisa é tens o ritmo, aquele que nós chamamos o ritmo circadiano, portanto acordas a uma hora, deitas-te a outra, dormes cerca de 7-8h, portanto o teu dia é aquele espaço; outra coisa é os teus dias deixam de ter horas, estás sempre a acordar de 3h em 3h. Isto muda completamente o ritmo físico e psicológico de cada um de nós e então só que até eu chegar aqui, não tinha esta consciência, porque embora seja enfermeira e é verdade, mas eu já não cuidava de uma criança desde a minha irmã e eu acabei de te dizer que a minha irmã tem a tua idade (23 anos). Ou seja, eu gostava muito de cuidar da minha irmã, era uma criança mas gostava muito de ajudar a minha mãe, mas desde aí que eu nunca mais tive experiências com bebés. E apercebi-me que isto acontece com muitas pessoas. Porque a taxa de natalidade também diminuiu,

mas, ou seja, eu não tinha experiência com bebés e vi-me com uma criança e eu não sabia às vezes o que havia de fazer, como é que era, tinha muitas dúvidas. Como sou enfermeira e há aquela coisa “como tu és enfermeira tens de saber tudo”. Já na maternidade as pessoas nem sequer me explicavam, como eu era enfermeira eu tinha que saber. Quer dizer, isto é uma coisa, é uma pressão que eu comecei a sentir. Eu comecei a pensar “não pois, eu tenho que saber, eu sou enfermeira”. Mas eu sou mãe, não sou enfermeira. Em primeiro lugar eu sou mãe e depois sou enfermeira. E como enfermeira, nem sequer é a minha área de especialidade eu sei lá. Na altura eu não estava nesta área, eu sabia lá o que era para fazer. As coisas não saíam naturalmente, as pessoas tinham que me explicar. E então, isto mais para te dizer que a gravidez, eu vivi-a de forma a desejar muito a minha filha, muito feliz e a querer às vezes pensava como seria, imaginava, fazia muitas festinhas, muitos mindinhos, falava muito com ela, cantava muito para ela. Sempre acreditei muito no contacto, no facto de se uma pessoa falasse muito com ela, ela ia reconhecer mais facilmente a minha voz, quando ela nascesse era mais fácil acalmá-la. Sempre acreditei muito nisso. E então eu cantava-lhe muitas músicas que depois também lhe cantei quando ela nasceu e eu de alguma forma, não estou a dizer que isto foi 100% em todos os momentos, mas houve muitos momentos que eu senti que ela se acalmou quando eu fazia determinados sons. A gravidez foi assim, mas depois o pós-parto... O parto em si, correu muito bem, eu já tive dores de dentes muito mais dolorosas do que ter o parto da minha filha. Portanto, eu fui uma sortuda, porque ela saiu em 20 minutos. Não tive que fazer grandes esforços. Correu tudo optimamente. Passadas 6 horas já estava em pé, tranquila. Portanto, a fazer a minha vida. Cansada, sim. Mas estava bem, super feliz. Tinha a minha filha. A primeira noite nem consegui dormir, só queria olhar para ela e abraçá-la, estar com ela ao colo. E custou tanto pô-la no berço, porque eu queria tanto tanto estar com ela. Mas depois, o problema começou quando eu cheguei a casa. Na maternidade nós somos muito apoiadas, porque temos lá os médicos, os enfermeiros, as auxiliares. Nas maternidades é que marcam o ritmo do teu dia. Tu tens que acordar a uma hora, depois vêm dar-te medicação, depois vêm ver se está tudo bem com os pontos, se está tudo bem com a bebé, depois dá-se banho à bebé, e depois tem que se servir o almoço. Portanto, eles marcam o ritmo e nós vamos andando consoante o que eles dizem. No terceiro dia vais para casa, no meu caso particular, eu vim para casa no dia 31 de dezembro, ou seja, ela nasceu no dia 29, eu cheguei a casa às 9h da noite do dia 31 de dezembro. Ainda por cima eu queria estar sossegada e calma, mas era o último dia do ano e os meus pais e os meus sogros também queriam ficar cá em casa. Eu só pedia para por favor me deixarem dormir. Claro que estava tudo em foguetes, a pensar em festas e eu estava no sofá a tentar descansar. Foi assim. Mas o meu mau dia começou aí quando cheguei a casa. Foi uma sensação estranha. Eu um dia tenho que te mostrar um vídeo para tu veres também uma montagem que fizeram... aquilo que eu descrevo é estou sentada na cadeira do quarto da Madalena, que eu tenho um cadeirão mais confortável para estarmos as duas...

é eu estar sentada no cadeirão com ela ao meu colo e as pessoas estão todas a preparar coisas cá em casa, ou é comida ou a arrumar malas, uma confusão e eu estava assim no cadeirão com ela em semi-luz, muito soft, eu olho para ela e só me apetece chorar. Foi o que eu senti naquele momento. Eu olhei para ela e só pensei “oh meu deus, eu tenho uma criança nos meus braços, será que eu vou ser capaz de cuidar desta criança. Eu sou capaz de saber cuidar desta criança? Mas quem sou eu para saber cuidar desta criança. Eu se calhar não sou capaz. Eu sou uma miúda...” Desatei a chorar, só chorar, chorar, chorar. Só que estava toda a gente ocupada que ninguém reparou e eu comecei a sentir-me super culpada por estar a chorar. Porque eu pensava “porque é que estou a chorar? Aquilo que eu mais quis, que eu mais quero, está aqui à minha frente. Tenho esta filha maravilhosa...” Eu não podia amá-la mais naquele momento, era impossível. E só me apeteceia chorar. Eu sentia-me super culpada. E depois eu não conseguia parar, eu estive nisto para aí quase 20 minutos, até que a pus no ovinho dela e aproveite que estava toda a gente aqui um bocado ocupada e fui ter com o meu marido e disse-lhe “Não sei o que se está a passar comigo, só me apetece chorar, não é normal”. E ele olhou para mim e disse “Só te apetece chorar, mas o que é que se passa? Estás com a tua filha, é o último dia do ano, vamos entrar no novo ano em grande”. E eu “Mas eu não me sinto nada bem, sinto-me super triste e se eu não for capaz desta filha.” E ele “Não penses nisso”. E abraçou-me e esteve ali ainda um bocado comigo. Eu acalmei-me e pensava que isto tinha ficado por ali, mas depois foi sempre a piorar. No dia a seguir voltei a ter estas crises de choro, porque eu não conseguia controlar. Não é quando estamos tristes que queremos chorar e deitamos uma lágrima ou outra, não. Era uma vontade assim, uma impulsão que vinha cá de dentro que eu não conseguia parar. Mesmo que eu quisesse eu não conseguia, era mais forte do que eu. E ficava a chorar. E com muito medo e muito insegura. E depois do choro ficava a sentir-me super culpada. Porque eu queria muito ter a Madalena e não percebia porque estava a chorar. Uma coisa que me angustiava muito era eu queria tanto ter esta filha e agora “estou sempre triste, não sei o que está a passar comigo”. E depois do terceiro piorou, no quarto piorou e no quinto ainda mais. E depois chegou a uma altura que pronto... Eu costumo dizer que tenho um marido espetacular, damo-nos super bem. Só que ele próprio já não sabia o que fazer. Começou a ficar assustadíssimo, começámos a discutir bastante. E depois já estávamos os dois muito cansados daquela rotina que eu te estava a dizer, a acordar de 3h em 3h durante duas semanas. Tivemos que ajustar um bocadinho o nosso dia-a-dia. Começamos a fazer turnos, ele ficava acordado na sala a tomar conta dela entre a 1h da manhã e as 7h da manhã e depois ia dormir e acordava à 1h (*da tarde*). E eu ficava acordada a partir das 7h e começámos a fazer assim. A ver se eu dormia, se descansava, se melhorava. Mas eu não melhorei. E fiquei cada vez mais irritada. E depois de ficar irritada comecei a ter a sensação de, eu lembro-me tão bem que assim a meio de Janeiro, eu comecei a deixar de querer estar com as pessoas.

Dizia muitas vezes, isto agora é consciente mas na altura não era, eu pedia-lhe para ele não marcar coisas com amigos, para adiarmos as visitas. Dizia muitas vezes, isto agora é consciente mas na altura não era, eu pedia-lhe para ele não marcar coisas com amigos, para adiarmos as visitas. Tanto que a maior parte dos meus amigos nunca se apercebeu disto, porque eu sempre adiei as visitas deles, só se as pessoas aparecessem aqui de surpresa. Sem ser isso eu pedia-lhes sempre para virem mais tarde, que estava muito cansada. E as pessoas queria muito conhecer a Madalena. E eu dizia que estava muito cansada e que não dava. Conclusão, eu isolei-me muito, à conta disto do baby blues. Portanto isto que eu te estou a contar é a fase dos baby blues que eu vivi. Isolei-me muito e depois só queria estar sozinha com a minha filha, portanto eu não queria que viesse mais ninguém. O que me irritava era as pessoas virem cá a casa e quase que ela era tipo uma girafazinha do zoo, do género “ah tão linda” e depois era uma situação um bocado estranha às vezes. A mim isso fazia-me confusão. Fazia-me confusão por que é que as pessoas queriam vir cá a casa, “mas acham a minha filha algum bichinho do zoo?”. Quando estiver com eles uma próxima vez, mostro a Madalena. E isso fazia-me confusão e eu queria isolar-me imenso. Lembro-me muito bem disto, eu não queria ver ninguém, não queria estar com ninguém, nem com a minha mãe nem com o meu pai. Aliás, uma vez a minha mãe veio cá a casa e eu tratei-a super mal, porque me apareceu de surpresa, ela vinha-me ajudar. Mas irritou-me ela apareceu assim, porque eu queria estar sozinha e não queria estar com ninguém. Enfim. E depois cheguei para aí à quarta semana, depois da Madalena nascer e tive um casal nosso amigo que olhou para nós e viu que estávamos assim com um ar estranho, parecíamos dois bichinhos do mato assim super irritados um com o outro (*risos*) e pronto disseram-nos que eles já tinham passado por uma fase complicada na vida deles, eles já tinham dois filhos. E quando os dois nasceram a mulher passou por um baby blues, eu na altura nunca tinha ouvido falar, só para teres noção eu não sabia o que era. E explicou-me mais ou menos o que era, o que é que lhe tinha acontecido a ela e o que é que tinha acontecido quando ela estava assim. E naquele momento, parece que me tiraram 20kg de trás das costas, quando eu percebi o que estava a passar, porque na altura eu não sabia. Agora eu falo disto assim, mas na altura eu estava tão dentro do acontecimento que eu só me conseguia sentir angustiada, irritada, a querer-me isolar do mundo, não percebia porque me apetecia chorar quando eu tinha a filha que eu mais queria ali à minha frente, sentia-me sempre culpada... Portanto, na altura só vivia isto. E depois quando ela me disse aquilo, parece que deu significado aquilo que eu estava a viver. E eu pensei “epa, não estou a acreditar que estou a passar por isso.” Eu nem sequer me estava a perceber e foi um alívio gigante eu ter percebido isso. E então na altura eu falei com o meu marido e disse-lhe “vou aproveitar agora” - às seis semanas há uma consulta que todas as mulheres têm que fazer quando têm filhos, têm que ir à obstetra outra vez para ver os pontos, ver se está tudo bem. E então eu esperei por essa consulta para dizer à minha médica, eu também estava a ser seguida no centro de saúde,

para dizer aos médicos que me estava a sentir super triste, irritada. E agarrei-me muito a essa esperança de falar com os médicos, “eles vão-me dizer que estou assim, vão-me reencaminhar para alguém, para falar”. Fiquei mesmo muito esperançosa nisto e depois quando isto aconteceu eles desvalorizaram completamente. Eles disseram “ah isso passa, ah não se preocupe com isso”. Quer dizer, tu pensas que estás a viver uma angústia gigante, sentes-te completamente perdida, irritada, sozinha, triste e as pessoas que tu sentes que te podem dar alguma ajuda, os médicos, desvalorizam completamente o que tu estás a sentir. Ainda me senti 10 vezes pior. Nesse dia, eu já não me lembro muito bem... mas eu lembro-me que me enfiei no quarto da minha filha e já não consegui sair de lá. Chorei o dia todo, senti que isto nunca me ia passar, que eu ia ser sempre uma mãe horrível, agora que a tinha. Foi horrível. Foi um sentimento quase de desespero, de alguém me ajude que eu estou a desesperar. E não conseguia encontrar ajuda. E depois foi um bocadinho isto, eu estava tão desesperada, era uma dor tão forte, que eu comecei a ter a necessidade de escrever. Eu sempre gostei de escrever. Eu tive um blog quando tinha 15 ou 16 anos, eu e umas amigas. Na altura, na nossa comunidade até teve algum sucesso. E eu sempre gostei muito de escrever e naquele momento eu estava tão desesperada e sentia-me tão sozinha que a única coisa que me ajudou na altura foi escrever. Eu tinha um livro e comecei a pensar “ok, de cada vez que eu me sentir angustiada vou escrever o que estou a sentir”. É muito doloroso, é um processo, que hoje percebo que é terapêutico, mas na altura não percebia e então foi aí que pensei “e se eu começar a publicar alguns textos num blog, falar um bocadinho sobre isto, encontrar outras mulheres e saber como é que elas passaram isto, será que isto passa ou vou ficar sempre assim, quanto tempo é que isto dura?”, foram estas indefinições na altura. E depois fiz o blog, e não é que tudo tenha passado, mas mais ou menos para aí ao terceiro mês eu já me sentia muito melhor, sentia-me mais eu, comecei a sentir-me mais eu que era uma coisa... foi estranho porque parece que me tinha deixado de conhecer e depois voltei a conhecer-me outra vez aos poucos. Foi uma sensação um bocado “quem és tu?” e agora já começo a perceber quem és tu, mas já és tu um bocadinho diferente. Já não és bem a mesma pessoa, porque és mãe, já pensas de outra forma. E é verdade, começamos a pensar de outra forma, porque só vivemos para a criança. E então é difícil esta separação de nós próprias. E então comecei a sentir isto. Só que depois ao quarto mês voltei a começar a ficar outra vez muito irritada, muito, muito irritada. Por isso é que eu acho que se não tive uma depressão pós-parto... eu acho que tive. Comecei a ficar muito irritada, muito ansiosa. Por exemplo, a minha filha às vezes, ela sempre comeu muito bem, mas se havia algum momentinho que ela não comesse, porque ela sempre comeu bem, nunca tive razão de queixa. Uma coisa é estar preocupada e ter razão de queixa, outra coisa é eu não tive razão de queixa. E ela às vezes ela não comia um bocadinho e eu ficava irritada e gritava. E era horrível. E aquilo a mim começou-me a fazer muita confusão e eu voltei a falar com a minha obstetra, porque tinha outra consulta nessa altura e aí ela já deu mais importância.

Portanto, eu já tinha o blog, mas o projeto fez com que eu saísse de trás do ecrã, digamos assim, e começasse a dar formação e falasse mais do assunto de outra forma. E foi mais ou menos nesta fase que eu fundei o projeto, ou seja, eu também estava com muitas coisas em cima de mim. A licença de maternidade também já estava a terminar e eu não queria, queria estar mais com a minha filha. E então foi tudo uma mistura que eu acho que depositou outra vez qualquer coisa que não ficou bem resolvida. Que é normal, quando as coisas não estão bem resolvidas acabam por voltar. Pronto e assim resumidamente, que eu acho que não foi resumidamente (*risos*), foi isto que se passou. Basicamente, eu acho que o grande confronto das mulheres, na maioria das mulheres, é exactamente esta diferença das rotinas. É um grande confronto, porque não tem nada a ver com a vida que nós levamos normalmente, é assim uma coisa que tu parece que saís completamente de fora. Até parece que estás a viver assim num mundo paralelo durante umas semanas. É assim uma coisa estranha, porque de facto dormir é uma muito importante e tu precisas de ter o teu ritmo. E quando tu estás imenso tempo ali num ritmo de quase de três em três horas a acordares super estoirada, super cansada, queres dormir em determinados momentos e já não consegues, estás ali no teu limite. Esta diferença de deixares de viver para ti e viveres para outra pessoa, às vezes nem tens tempo de tomar banho, ou às vezes nem tens tempo de fazer comida, nem tens tempo de ouvir a música que gostas. Este confronto é duro. E às vezes há mulheres, como eu, que cedem a essa pressão obviamente, e não conseguem lidar bem com isso. E não só. E depois é assim, a depressão pós-parto e o blues pós-parto, já está mais do que provado, que são problemas. Há muitos factores que podem desencadear estes problemas, mas nós sabemos atualmente que também está muito relacionado com a tua vivência, com a forma como tu viveste com a tua mãe, com a forma como tu crescestes enquanto filha, digamos assim. Portanto, isto está tudo muito relacionado. Muitas vezes, se há coisas mal resolvidas na nossa infância, ou na nossa adolescência, depois muitas vezes revela-se nesta fase. E então este papel que, não sei o que estás a pensar fazer, mas é muito interessante e isto é das coisas... O meu blog chama-se Mulher, Filha e mãe exactamente por isto. Foi na conversa com a psiquiatra que eu pude captar um bocado disto e depois acabei por aprofundar um bocadinho mais. É muito interessante, porque as mulheres... Eu sou uma fã das mulheres e super feminista. Também és mulher e por isso vou falar um bocado enquanto mulher. Tu cresces, saís da tua mãe, a tua mãe lida contigo de uma maneira, tenhas ou não tenhas tido mãe, lide melhor ou lide pior, é esse o modelo que tu tens, é o da tua mãe: é a forma como ela te cuidou, a forma como ela te ralhou, a forma como ela te deu de comer, a forma como ela te fez andar, se teve mais ou menos paciência, se teve mais ou menos importada com aquilo que tu fazias, se era mais ou menos preocupada. E é este modelo que tu tens. Tu cresces com isso. Concorde ou não concorde com as coisas que ela faz, é este o modelo que tu tens. Na adolescência isto fica tudo um bocado adormecido, queres procurar a tua identidade, saís, procuras outras coisas para fazer, estás com os teus amigos, os teus amigos é que importam. Portanto, isto fica de alguma forma adormecido.

E agora que eu estudei sobre isto, que passei por isto, mas que estudei sobre isto e vejo nas outras mulheres, ainda acho mais interessante. Que é tu vês completamente uma ambivalência entre “eu não quero fazer certas coisas de uma maneira, porque eu via a minha mãe fazer assim e eu não quero ser como ela”. Mas o modelo que ela foi para ti está quase impregnado nas tuas células, portanto há coisas que tu não vais deixar de fazer, vão-te sair automaticamente. E quando saem automaticamente, ao mesmo tempo fazem-te sentir culpada, porque não era bem aquilo que tu querias que acontecesse. E quando isto acontece muitas vezes isto faz-te questionar muita coisa. E às vezes este questionar, estes sentimentos de culpa associados, estas lembranças, estas memórias de quando eras criança, se calhar a mãe batia mais ou gritava mais ou nem sequer queria saber de ti, porque há pessoas que as mães não querem saber dos seus filhos ou então queria saber muito de ti, mas era uma grande melga... Portanto, estas coisas que estão mal resolvidas vêm ao de cima nesta fase. Porque é nesta fase que a mulher está também ela a desenvolver o papel de mãe. É engraçado ver esta evolução e perceber que há muitas depressões pós-parto que surgem exactamente por isto, por infâncias mal resolvidas com as suas mães.

(Risos)

Não tinha essa noção...

Não quer dizer que toda a gente passe por aí. Eu posso dizer-te que é muito frequente, obviamente tu ou qualquer outra pessoa chegar a essa fase da maternidade e questionares muitas coisas que a tua mãe fez. O pai também, mas é especialmente a mãe. Porque tu vais ser mãe, não vais ser pai. Por isso é que nós dizemos, existem vários problemas que se pode desenvolver no pós-parto. Existe o baby-blues, existe a depressão, existe a ansiedade. Existe uma coisa, que não sei se já ouviste falar, que é a psicose.

Sim

Pronto, existe uma psicose específica do pós-parto, existem muitos problemas que podem acontecer no pós-parto. Mas a depressão pós-parto é o único que não está tão relacionada com as hormonas, mas está muito mais relacionada com aquilo que nós dizemos que são os factores psico-sociais. Ou seja, factores psicológicos da tua vida e factores sociais da tua vida. Por isso é que a depressão pós-parto precisa de ser tratada com psicoterapia, porque está muito mais relacionada com a tua personalidade, com a forma de veres o mundo, com as relações que tu tens com os outros, com a forma como tu lidas com as coisas, do que propriamente com as hormonas. E se tu não tens isto bem resolvido, quando fores mãe, neste caso... E depois depende de muitos factores: se tens apoio do pai, se tens amigos que também te ajudam nessa fase, se o teu filho chora mais ou chora menos, se come melhor ou come pior. Isto tem a ver com uma série de coisas, não é só com isto. Mas nós sabemos que isto é um grande factor que pode desencadear a

depressão pós-parto. E não sei, se algum dia puderes evidenciar isto, que eu acho que se pretendes combater o estigma acho que isto é muito importante, a depressão pós-parto é uma doença. Não é uma consequência, não é um capricho das mulheres, não é uma mania. É uma doença, tal como a hipertensão é uma doença, tal como a diabetes é uma doença, tal como a epilepsia é uma doença. A depressão é uma doença.

Sim, porque há muita gente que nem acredita que a depressão, seja pós-parto, seja a chamada *major*, seja uma doença. E é. É como a diabetes, como o cancro. É diferente, porque não é visível. É quase isso que eu quero passar, é uma doença invisível, torná-la visível para as pessoas terem a percepção de como ela é. O que nós sentimos não é visível, é um bocado complicado transmitir isso. É o que pretendo transmitir, traduzir isso em algo mais físico.

O exemplo que tu deste há bocadinho, do que estavas a pensar fazer e do que já tinhas feito é um excelente exemplo. Não estou tão alerta para estas coisas porque não é a minha área, mas fiquei a pensar nisso. É uma excelente forma de mostrar aquela questão de estar com o silêncio, com o barulho com as pessoas. É mesmo isso, é que é mesmo isso! Quando se fala do vazio na depressão pós-parto, quando tu disseste isso eu lembrei-me daqueles dias em que passava no cadeirão do quarto da minha filha a chorar. Eu sentia-me mesmo... era um vazio tão grande, mas era tão grande. Parecia que eu estava oca dentro de mim. Era uma sensação muito estranha. Nunca tinha sentido nada assim na vida. Isto para mim também foi muito... foi uma coisa assim “o que é isto?”. Nunca tinha sentido. Portanto foi um bocado estranho. Eu senti mesmo muito esse vazio e a necessidade de me isolar, mas já não teve tanto a ver com o som. Teve mais a ver com a necessidade de não ter que ouvir as opiniões das outras pessoas que é outra coisa que acontece muito. Toda a gente quer opinar, toda a gente quer dizer “ah eu fazia assim, eu fazia assado, eu fazia cozido, ah mas é melhor, ela não quer não sei o quê”. Chega a uma altura em que eu só quero que todos vocês desapareçam e eu possa cuidar da minha filha como eu acho que devo cuidar. Depois pode acontecer e eu tive muita sorte, tive uma família mais próxima, portanto os meus pais, o meu marido e até os meus sogros, eles não sabiam o que se estava a passar comigo, mas perceberam que eu não estava muito bem. Mas também nunca pressionaram. Eles perceberam que eu não queria que eles cá estivessem, era difícil para eles não virem ver a neta, mas começaram a vir menos vezes, e faziam menos perguntas.

Davam mais espaço...

Sim... E chegou uma altura em que procurei mais a ajuda deles e eles estiveram cá para me ajudar. Estou a falar mesmo ajudar, limpar a casa, passar a ferro, trazer almoço, jantar. A minha sogra fazia-me sempre o almoço ou jantar. E então eu comecei a perceber isso. E isto é muito muito importante nesta fase. As mulheres que têm isto, por norma, e é investigação diz-nos isto: as mulheres que se sentem apoiadas, por norma, são aquelas mulheres que até podem ter ali um blues, mas depois possivelmente poderá não evoluir para depressão. Também pode evoluir, depende de outros factores. Mas o apoio social é

extremamente importante para prevenir uma depressão pós-parto. Depois há mulheres que vivem o oposto que não são de todo apoiadas e essas, normalmente, desenvolvem sim depressão pós-parto. E às vezes vivem com essa depressão durante anos.

Claro, é muito importante o apoio. Ok...

Tens dúvidas, Joana, sobre alguma coisa?

Não, para já não. Também ainda estou a ler alguns testemunhos e artigos. Mas para já acho que não. Obrigada!

Não tens que agradecer. A sério. Só sentir que existem outras pessoas que de alguma forma olham de frente para este problema. Existem algumas pessoas que já fazem isso, mas acho que ainda não são as suficientes para que todas as pessoas saibam que uma depressão pós-parto não é um desequilíbrio, e é uma doença. Não é um capricho e é uma doença.

Sim, todos os alertas são bons.

Sim todos, todos, Joana. Por isso valorizo imenso o que estás a fazer. Também se não fizesses sobre depressão pós-parto, sei que iria ser um excelente trabalho. Mas sendo mulher ainda valorizo mais por motivos óbvios.

(Risos)

Sim. Pronto, Ana, obrigada. Eu vou mantendo o contacto.

Agora é marinhar um bocadinho naquilo que te tive a dizer. E eu vou falar com a Ana... Eu estava aqui a pensar. Eu a Ana conheço e posso falar mais facilmente com ela. Mas se quiseses eu posso fazer do género um anúncio no blog, perguntar, há tantas pessoas que leem o blog. Se alguém quiser...

Se alguém estiver disponível, se quiser. Porque eu não queria mais do que duas pessoas. Isto já foi um conselho que um dos meus professores me deu, porque como temos um ano, que não é bem um ano, muitos testemunhos iriam complicar. E depois havia a questão de que cada caso é um caso e poderia depois entrar numa espécie de conflito depois para a parte projectual. Portanto, duas pessoas no máximo...

Sim, sim, eu estava a dizer para se a outra pessoa fosse do Porto, se calhar poder encontrar-se. Mais para criar essa ponte. Era para te facilitar a vida *(risos)*.

Sim, sim, e é mais fácil. Depois também se vê como se gere essa parte. Obrigada Ana.

De nada. Joana, muitos parabéns e muito obrigada.

Quem agradece sou eu.

Tenho a certeza que vais ajudar muitas mulheres, mesmo.

Espero que sim.

E pronto, eu vou depois ver esse trabalho! E vou querer publicar no blog e dar visibilidade ao teu trabalho!

Sim, claro que sim! Eu este fim-de-semana vou acabar um trabalho que tem a ver com a depressão e depois tiro algumas fotografias e envio, porque a apresentação é na terça.

Sim, sim, pode ser. Posso publicar?

Sim, sim, sem problema.

Posso dizer que tive esta conversa contigo?

Sim, sim, tudo.

(risos)

Pensei que fosse assim uma coisa mais confidencial.

Não, não. Ainda não está validado. Ainda não foi validado pela comissão científica, quer dizer mais ou menos. Mas ainda não temos orientadores nem nada. Mas à partida acho que vai para a frente. Portanto sim, podes anunciar.

Sim, claro que vou! A sério, é tão bom. Eu já tive duas ou três colegas que eram da área da saúde, com quem já contactei imenso por e-mail, algumas pessoas pedem-me imensa bibliografia sobre o tema, outras duas raparigas, uma delas pediu-me um testemunho também para um trabalho sobre os benefícios da meditação durante a gravidez, porque eu também fazia muito meditação durante a gravidez e tenho isso publicado. Os benefícios que senti depois nesta fase dos blues em relação a isso. Portanto, sinto que a conscientização para o problema vai aumentando aos poucos. Muito obrigada Joana. Mas estás à vontade para mandares os e-mails que quiseses, com as dúvidas que quiseses. Gostei muito de te conhecer.

Eu também, obrigada Ana. Um beijinho

Um beijinho, boa noite.

Entrevista a Joana Nogueira | Via skype | 24 de Novembro de 2017

Para o projeto também é importante ter a perspectiva de alguém que não tenha passado pela doença.

Joana, fala-me da tua experiência de uma forma geral. Por exemplo há quanto tempo foste mãe, se a gravidez foi desejada, se correu bem, as mudanças que ocorreram a nível psicológico e de personalidade, a nível social? Uma perspetiva desta fase

Não foi uma gravidez desejada, aconteceu por acaso. Quando descobri, já descobri tarde. Descobri aos 4 meses, não tendo sintoma nenhum nem crescimento de barriga. Portanto foi-me difícil de detetar, não era muito certa a nível menstrual. Por isso foi um dos motivos pelo qual foi difícil de detetar. Mas quando descobri aceitei bem. Não foi propriamente um choque porque financeiramente já estava estável. O meu namorado também, portanto à partida não era por aí que ia ser problema. A minha gravidez foi “a partir do quarto mês”, quando descobri, mas correu tudo bem. Não tive aqueles sintomas usuais da gravidez, como enjoos ou dores de cabeça, ou dor abdominal, nada disso. Foi cinco estrelas. O que aumentei foi a nível de apetite. Foi passando a gravidez, muito estável. O que é muito importante é a nível de acompanhamento. No meu caso tive o meu namorado que sempre me acompanhou, sempre me incentivou o que queria fazer durante gravidez. Isso é muito importante. Em relação ao parto foi muito rápido, tive mais cedo duas semanas, sem contar. Foi numa consulta. Arrebentaram as águas numa consulta de ginecologista. Foi muito rápido e em duas horas tive o menino. Não precisei sequer de epidural. Foi relativamente muito rápido.

O pós-parto é complicado porque inicialmente são muitas mudanças que nós próprias mulheres temos e depois o acréscimo da criança é complicado no início. Mas acho que pela experiência que tive foi razoável. Também foi razoável, porque ele é muito sossegadinho. Portanto tudo também se estabilizou, tendo o acompanhamento do meu namorado, sempre a incentivar-me, sempre a ajudar e também pelo facto de ele ser sossegado, o que facilitou imenso.

E a nível de personalidade? Sentiste alguma diferença?

Senti diferença, principalmente nos últimos meses de instabilidade de humor. Zangava-me com facilidade e não tolerava nada. Antes era muito tolerante às coisas. Isso senti, sim.

Poderemos dizer que passaste por uma fase dos baby-blues? Foram intensos ou “normais”?

Sim sim. Foi normal a razoável. Eu própria, em certas situações de stress, senti que já não tolerava como antes. Sentia-me mais repentina nas respostas. Era mais intolerante, mas de resto foi uma adaptação.

E a nível de relações com amigos, familiares: durante a gravidez correu tudo bem?

Eles apoiaram? E depois também?

Sim. E também tive uma parte que me ajudou bastante a passar esta fase, porque curiosamente duas amigas minhas do meu grupo de amigos também engravidaram. Então conseguíamos partilhar todas as nossas dificuldades. Todas as nossas dúvidas partilhávamos umas com as outras e sentiam-nos mais confiantes e ajudávamo-nos umas às outras nesse aspeto.

Houve um apoio mútuo...

E isso ajuda muito, porque nós ainda estamos numa etapa muito jovem, ainda saíamos... E então como elas pertenciam ao meu grupo de amigos, as saídas já não eram tão habituais porque elas também engravidaram, entretanto o grupo não desabou por esse mesmo motivo. Porque se não certamente eu a vê-las sair e eu como já não posso, se calhar aí sentia mais. Mas como elas também entraram nessa fase, pronto foi tudo muito junto umas das outras. Estamos a viver as mesmas coisas.

Em união...

Exactamente.

Mas por exemplo, continuas a conviver/estar com essas pessoas, embora não tão frequentemente? Ou sentiste uma mudança muito drástica? Sentes falta desse tempo?

Sinto saudades “do tempo de solteira”. Não ter essas responsabilidades. Mas é como digo, não sinto tanto e não pesou tanto porque elas também estão como eu. Estão prestes a ter, porque engravidaram logo a seguir a mim. Estão a viver esta fase e assim como eu já não vivem, as jantaras, isso tudo. Não sentimos muito por causa disso.

Relativamente à maternidade: comparando o período antes de seres mãe e o depois, as expetativas que tinhas mantêm-se? Ou agora vês de uma maneira completamente diferente?

Eu agora tudo o que faço penso consoante ele. Nunca tomo nenhuma decisão sem pensar no que é que vai ser em relação a ele (ao filho). Portanto, eu ainda estou a tirar mestrado. Isto aconteceu e estou no 2º ano de mestrado e isso pesou um bocadinho. Até a própria tese que eu estava a fazer, tive que alterar a pensar nele. Porque eu não ia pegar no menino ainda recente para trás e para a frente para trabalhar na tese. Então até isso tive que modificar para o bem-estar dele. Agora penso sempre nele, qualquer decisão tem que se pensar se ele pode ou não, se é benéfico para ele ou não. Sim, pesa muito, porque antes podia tomar qualquer decisão independentemente do que quer que fosse. Logo que fosse benéfico para mim estava ótimo e agora já não. Já pesa, já tenho que ver em relação a ele. Modificou isso, sim.

Por vezes há uma visão da maternidade talvez romantizada. Concordas com esta afirmação ou depende dos casos?

A parte que eu mais gostei de toda a minha gravidez e pós foi o ter. Na parte de o ver e de o sentir. Não sou daquelas mães - e vai parecer um bocado frio mas é verdade -, não fui das grávidas que sentia orgulhosa da barriga. Não. Também não era problema, mas o facto de eu ser muito ativa e a gravidez travou-me um bocado nisso. A nível de trabalho eu sentia muito cansaço e isso revoltava-me um bocadinho, não conseguir fazer as coisas como já fazia. Não, não romantizei a parte da gravidez, mas também não fiz isso um bicho de sete cabeças. A parte que mais gostei e que fica para toda a vida foi mesmo quando vi pela primeira vez. Isso sim foi espectacular e foi um dos momentos melhores da minha vida.

E relativamente ao teu namorado e pai do teu filho, sentiste alguma diferença, ele mudou também com o nascimento do bebé ou permaneceu mais ou menos a mesma pessoa?

Ele mudou. Ganhou mais responsabilidades. Ele sim foi das pessoas que mais sentiu quando eu estive grávida. Ele não estava nada preparado. Para mim não era uma coisa que me afligisse. Mas com ele já mexeu um bocadinho. Porque foi uma coisa repentina e ele não estava à espera e mexeu um bocadinho. Mas modificou. Mesmo a nível monetário, isso nota-se perfeitamente. Ele já não gasta o que gastava, já pensa sempre que vai ter gastos com ele (filho). Pesou-lhe um bocadinho. Foi das partes que mais lhe pesou. Mesmo a nível de responsabilidades modificou totalmente. Pensa duas vezes se vamos sair com ele. E antes saía sem problema nenhum e agora não. Já pensa se está frio, se não está para o menino. Modificou-o a todos os níveis. Mesmo socialmente, é engraçado. Eles (os homens) parecem mais adultos quando têm um filho.

Ele (o namorado) sempre foi um pilar na experiência - durante a gravidez e agora no pós-parto?

Sim.

Relativamente à depressão pós-parto: sabes o que é, estás a par da doença?

Sim. Também um caso recente da minha irmã que quando foi mãe teve depressão pós-parto. Foi há 14 anos.

E agora que focaste o assunto, deste esse exemplo: notas alguma diferença/na altura havia algum estigma ou preconceito? Ela sentia ou falava contigo sobre isso?

Eu vivi a fase dela. Foi muito complicado, ela rejeitava mesmo o filho. Não queria mesmo ver o filho. Não era muito aberta, só me falava porque eu estava horas e horas ali a puxar por ela. Agora, graças a deus está curada, mas foi uma fase muito complicada. Não era aberta, não dizia o que queria. Só não queria ver ninguém. E era complicado, nem sequer comia.

E comparando há 14 anos atrás com os dias de hoje notas que já se fala mais?

Já se fala mais. Quando ela teve o bebé não era um assunto conhecido e então era só, como chamavam, se não estou em erro, “o parto veio à cabeça”, dizia-se assim, essa expressão. Era a expressão que os mais antigos diziam e foi a expressão que eu ouvi quando isso aconteceu à minha irmã. Não sei porque razão isso aconteceu. Ela esteve muitas horas para ter o menino e foi logo após o parto que ela começou a sentir isso.

Relativamente aos dias de hoje: a nível de estigma e preconceito, ainda sentes ou que ouves dizer sobre a doença?

Acho que ainda é um tema que as pessoas pouco conhecem. Ainda é muito desconhecido. E de certa forma não sabem como lidar. Nem sabem como isso acontece. Se está a acontecer, por falta de conhecimento não sabem se a própria pessoa que deu à luz está a ter ou não. Acho que é um tema ainda muito pouco por desvendar e é pena. Porque isso quando acontece desbasta mesmo não só a pessoa mas a família em redor e o bebé. Mas hoje em dia para além de haver mais conhecimento, ainda assim eu acho que é pouco. As pessoas ainda não sabem e estão muito ligadas ao mito antigo dessa tal expressão “o parto sobe à cabeça” e não sabem como lidar.

Portanto, já viste alguma campanha de prevenção, por exemplo em hospitais ou maternidades, media?

Não... Que eu me lembre não. Assim de repente não. Mesmo quando eu estive lá no hospital, podia ser um tema que pudessem abordar a todas as mães que estão lá e não foi de todo. Nem sequer falaram. A única parte que falaram foi nas aulas de preparação para o parto. Falaram sobre esse tema mas não abordaram muito profundamente. Disseram que era uma coisa que podia acontecer. Deram a conhecer o que era, mas como sentir que está a acontecer, esses pormenores não, nem onde se dirigir ou o que fazer, não.

Por fim, como é que vês, o que pensas de projetos desta natureza: são necessários?

Sim acho, por ser uma doença pouco conhecida e especialmente importante, porque nós não damos conta do que está a acontecer e temos um ser dependente de nós e isso está a acontecer-nos. Para além de nos prejudicar a nós, a nível de sistema nervoso, está a prejudicar o bebé que não tem o principal afeto da mãe. Sendo uma coisa muito mística ainda, não saber o que é que acontece, é importante que isso seja desvendado.

Também para nós mães estarmos preparadas para se isso acontecer e até os próprios pais. Porque isso envolve uma família como um todo. Estarem preparados, estarem atentos se houver algum sintoma ou alguma razão para estar preocupada e ir logo procurar ajuda. Há casos que quando se procura ajuda já é um bocado tarde e até lá o bebê fica sem o afeto da mãe e tudo isso prejudica a nível de reprodução do próprio bebê. E depois a nível de lesões vai aumentando antes de se saber o que está acontecer. É muito importante. E eu sou uma das interessadas, por não saber o que isso acarreta essas coisas todas e o que fazer, o tratamento, onde nos dirigir. Acho que é muito importante e é um tema que está completamente místico. Não há nada em concreto que explique nem que nos ajude a perceber o que é.

Entrevista a Mikaela Övén | Via e-mail | 13 de Dezembro de 2017

Cara Mikaela Övén ,

Sou uma estudante do Mestrado em Design da Imagem da Faculdade de Belas-Artes da Universidade do Porto. Neste momento encontro-me a realizar a tese que consiste no desenvolvimento de um projecto prático com o intuito de desestigmatizar a depressão pós-parto, através de um testemunho documentado.

Neste sentido, tive conhecimento do seu trabalho como *life coach*, através da minha informante que recorreu ao *mindfulness* e à parentalidade positiva para superar esta doença. Venho, assim, por este meio solicitar a resposta a algumas questões que considero pertinentes e que serão com certeza um objecto importante de análise para o meu projecto.

1 Depressão pós-parto (DPP): sabe do que se trata?

Sei!

2 Atendendo à área do *mindfulness*, na qual trabalha, que opinião tem relativamente a esta como terapia no âmbito das doenças mentais?

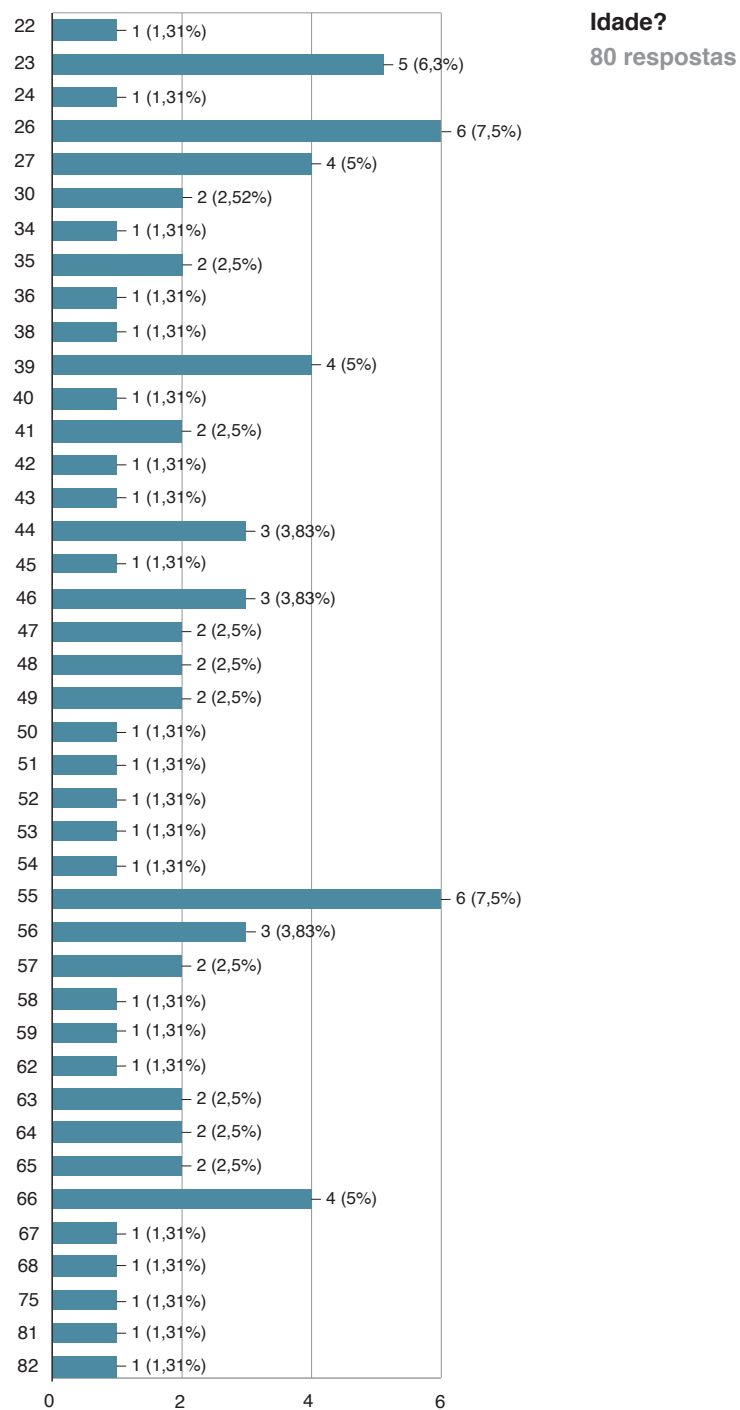
Para mim, *mindfulness* não é uma terapia ou uma técnica. É uma forma de viver. Ou seja, não acredito propriamente no *Mindfulness* como um tratamento para as doenças mentais. Acredito que adaptando um estilo de vida *Mindful* e praticando meditação *mindfulness* pode ser uma forma de sair de depressão por exemplo. O principal intuito, para mim, deve ser o autoconhecimento e não o fim a uma doença. Se a intenção for o autoconhecimento a prática nunca pode não funcionar. Se for o por fim a uma doença pode funcionar ou não. A prática de *Mindfulness* ajuda a viver de forma diferente, mas quem faz a verdadeira diferença é a própria pessoa.

2.1 Relativamente à DPP, já teve contacto com pacientes que tenham passado pela doença e que tenham recorrido ao *mindfulness* como terapia?

Não.

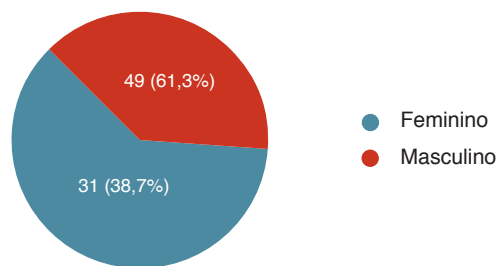
6.4 Inquérito

6.4 Inquérito



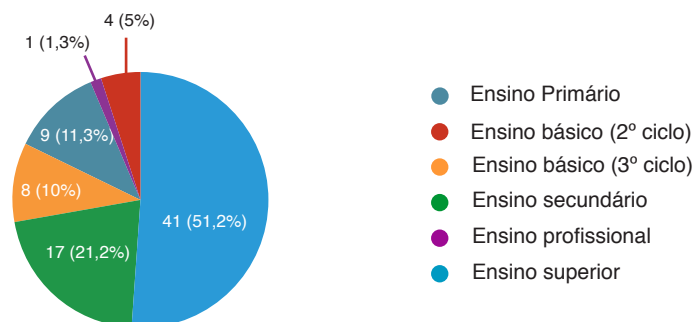
Género

80 respostas



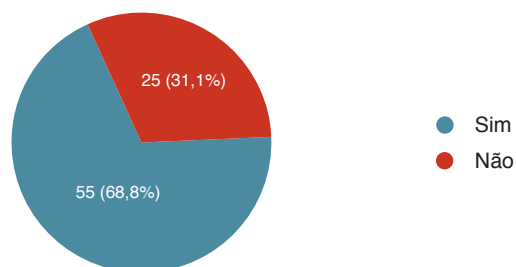
Nível de escolaridade

80 respostas



Depressão pós-parto: sabe do que se trata?

80 respostas



Se sim, como a caracteriza ou que visão tem da doença? (Tenha em conta sintomas, fatores de risco, consequências ou outros que considerar importantes)

54 respostas

1. A doença acaba por se caracterizar por um sentido de isolamento.
2. Conflito entre o que se devia sentir aonde mãe e o que na realidade se sente, leva ao sentimento de incompetência e de falta de vontade de avançar, o que por sua vez leva a frustração e infelicidade.
3. É como a palavra indica uma depressão, nos quais os sintomas consistem na rejeição pessoal, na falta de interesse e força interior pela vida, etc.
4. É uma doença mental que resulta num sentimento de infelicidade, fragilidade. Os sintomas são, sobretudo humor depressivo, isolamento e cansaço.
5. Depressão pós parto é uma patologia do foro psiquiátrico associada ao desenvolvimento de sintomas associados à depressão (adinamia, humor deprimido) que se desenvolve num período de tempo especificamente associado ao período neonatal e pós parto.
6. Baixa auto estima, desânimo constante, irritabilidade, desinteresse pelo bebé, insegurança constante, pânico, falta de prazer nas atividades diárias...
7. Estado de apatia/desinteresse pela vida no pós-parto. Dificuldade em enfrentar uma nova realidade. Ver o bebé como um estranho/um obstáculo. Sentir-se incapaz.
8. É uma doença que afeta a recém-mãe e que não lhe permite cuidar do recém-nascido. Chora, quer dormir e não consegue criar laços emocionais.
9. É um tipo de depressão impulsionada com o parto, em que a mãe da criança entra numa espiral depressiva. Poderá ser por não se sentir ligada à criança, por achar que não consegue tratar dela, etc.
10. Apatia, falta de responsabilidade para com a pessoa com o bebé. Afastamento.
11. Penso que esta doença tem como base o cansaço e o stress que a mulher passou durante o período da gravidez.
12. Tristeza máxima, choro constante. Deve-se ao seres do parto e das mudanças que a mulher sofre. Não é muito bom, porque a mãe não usufrui da experiência.
13. As mães acham que não vão conseguir lidar com a situação. Os fatores que contribuem são a falta de ajuda do pai (em alguns casos), o permanente choro da criança, as insónias e a adaptação à fase. As consequências são sobretudo para a relação que a mãe estabelece com a criança e com a sua vida familiar e social.
14. Cansaço. Privação de sono. Estar depressiva. Muito choro. Medo. Na minha experiência senti-me mais fraca e mais frágil e parece que “não sentimos a cabeça”. Deve-se às muitas horas passadas no parto e às complicações. Falta de descanso.

15. Tem a ver com cada pessoa. A vida muda muito e há quem se adapte menos bem. Privação de sono. Muita responsabilidade e uma pessoa vai abaixo. A depressão manifesta-se de uma forma que uma pessoa não se dá conta durante a vida.

16. A mulher sente-se incapaz de tomar conta da criança. Sente que não é uma boa mãe. Pensa não ter capacidade de fazer as tarefas do dia-a-dia. Não tem vontade de se arranjar. Sente-se muito triste.

17. Cansaço. Sentir-se carente. Qualquer notícia nos afeta. A mulher fica assustada com muita facilidade. Há falta de descanso. Um fator é ter alguém muito dependente de nós. Excesso de proteção ao bebé e querer vencer o cansaço. É uma altura de muitas mudanças. Temos que fazer a lida de casa, organizar a vida e parece que o tempo não chega. Pode tornar-se uma doença para toda a vida. Causa danos nas relações. É preciso muito apoio da família para curar uma depressão.

18. A depressão pós-parto passa por sintomas que a mãe manifesta numa altura de preocupação extrema e para a qual não se sente totalmente preparada. Sente angústia, tristeza e tem a sensação que não vai ser capaz de superar estes sentimentos. Vê-se obrigada a recorrer a químicos. Consequentemente existe uma falta de acompanhamento ao bebé e da experiência da maternidade, colocando em risco as relações familiares, sociais e profissionais.

19. Penso que se deve às mudanças hormonais, privação do sono, mudança dos hábitos de vida e uma responsabilidade acrescida. As mulheres têm medo de falhar, choram, estão mais sensíveis e sentem-se mais irritadas. Poderá existir uma fractura na vida do casal e no seu relacionamento. Isolamento da mulher. A mulher está tão frágil que qualquer opinião ou julgamento, ainda que sem má intenção, a pode afectar e deitar abaixo. Os cuidados fundamentais a prestar ao bebé podem ser postos em causa.

20. Existe muita pressão. É o desconhecido da 1ª vez como pais (mãe e homem). Não há experiência mas sim muita insegurança. A ajuda dos avós e outros familiares é muito importante, o que nem sempre existe contribuindo para esta doença. Os fatores sociais e económicos podem estar também associados.

21. É uma doença que se caracteriza por um período de maior ou menor fragilidade e uma dificuldade em adaptar-se a esta nova experiência. Existem mudanças radicais no estilo de vida, privação de sono porque as crianças não dormem e os horários ficam alterados. A amamentação e as alterações drásticas hormonais contribuem para a tristeza, irritação ou desespero. O apoio familiar é muito importante mas nem sempre existe.

22. Sentimento de rejeição do filho, possibilidade de internamento em casos mais graves. Depende do apoio familiar. Por vezes conseguem ultrapassar outras vezes não.

23. A mãe não se sente preparada. Não tem agilidade ou experiência para tomar conta do bebê. Concentra os medos em si e isso cria insegurança. Provoca ansiedade, nervosismo e depressão devido à situação e à criança. Há a necessidade de pedir ajuda; há quem peça e há quem tenha vergonha ou culpa. O apoio e ajuda dos familiares é muito importante. As mães não querem admitir que se sentem frágeis e sem forças para ultrapassar esta situação. Querem dar a entender que estão felizes porque é uma experiência muito boa e a melhor da vida delas.

24. Stress, nervos. A mãe descarrega tudo na criança. Durante a gravidez podem surgir problemas que provocam a depressão. As mães não conseguem lidar com as mudanças.

25. É uma doença pela qual as mães passam depois do parto. Não se consegue lidar com o bebê. Rejeita-o. Sente-se nervosa. Há muitas consequências más principalmente para a relação da mãe e do bebê. Isolamento social.

26. A depressão pós-parto é um estado depressivo que surge depois do nascimento de um filho, o que é habitualmente associado a um período de grande felicidade. Por este motivo, as mães sentem uma dualidade e incompreensão da maior parte das pessoas que as rodeiam, o que leva a tentar esconder a depressão e atrasa o seu tratamento.

27. É uma situação em que a mãe não consegue resolver um único problema relativo à criança e o mais pequeno lhe causa imensa confusão. Sente-se fraca. A amamentação provoca a privação do sono porque a criança acorda muitas vezes e está dependente da alimentação. O sono fica desregrado e o descanso também. Também traz preocupações ao resto da família porque querem ajudar e não sabem como. A mulher está debilitada. O marido também pode desenvolver a depressão porque vê a mulher mal e acaba por vivenciar muitos dos sintomas ele próprio. Cansaço extremo. No caso da minha nora ela sentia-se muito debilitada, não comia e perdeu imenso peso. Havia um cansaço extremo e sentia que não era capaz de cuidar do filho. No entanto ela e o meu filho não queriam pedir ajuda porque achavam que tinham que ser eles a ultrapassar a fase. Foi acompanhada por um psiquiatra que não ajudou porque os comprimidos eram para dormir e ela estava dependente da criança e precisava de cuidar dela e de se adaptar aos seus horários; não podia sofrer os efeitos dos medicamentos. A ajuda de um psicólogo ajudou porque conseguiu criar estratégias para melhorar e foi orientada para isso.

28. Falta de conhecimento. Ninguém me informou e não consegui identificar que os sintomas estavam associados.

29. Tristeza, isolamento, medos

30. Irritabilidade, cansaço, choro fácil. De um modo geral, é passageira.

31. Provoca ansiedade e tristeza.

32. A ter em atenção.

33. Momento em que a mãe vive a tomada de consciência de uma nova realidade, que se torna brutal - já não tem um filho seguro no seu corpo; já não é ela o epicentro da vida mas o seu filho; todas as dúvidas recaem sobre ela e a sua capacidade para ser mãe e dar as respostas adequadas e espectáveis da sociedade para esse papel. Aqui reside, do meu ponto de vista, um dos maiores problemas e efeitos colaterais da maternidade, o que esperam de uma mãe.

34. Trata-se de um estado depressivo que pode resultar de vários factores, físicos, psíquicos e/ou emocionais num momento pós-parto.

35. Doença do foro psicológico que pode acontecer depois do parto.

36. Forma de depressão que afeta as mulheres depois de terem dado à luz e que se caracteriza por um aumento na ansiedade, irritabilidade, isolamento, cansaço e falta de energia, etc.

37. Doença real hoje ainda menosprezada por muitos. Tem como alguns dos sintomas alterações no estado de humor, choro, alterações no apetite e no sono, isolamento, etc. Poderá ser exacerbado por pouco apoio durante a gravidez, alguma predisposição para a depressão... As consequências, se não ultrapassada, serão diversas que poderão ir desde a não aceitação da criança até ao suicídio.

38. De uma forma geral, penso que a doença afecta mais o sexo feminino, embora os homens também devam estar alertas para apoiar a mulher. Um dos grandes sintomas é a desmotivação. Pressão do pós-parto: é um ciclo novo principalmente para as mulheres e para o qual nem elas nem eles estão devidamente preparados pelo que acusam o stress. Podem existir consequências conjugais. Após o nascimento do filho, a relação entre marido e mulher pode ficar abalada e como não sabem lidar com esses sentimentos a separação pode acontecer.

39. A mulher que foi mãe ficou com um trauma. Fica perturbada com qualquer coisa, chora e em alguns casos pode rejeitar o filho.

40. Grandes mudanças e uma transformação muito grande a nível de rotinas e que envolve toda a família. Alterações do quadro hormonal. Sintomas mais ou menos sérios que envolve a depressão. Tristeza generalizada que nem sempre se percebe bem porquê. A minha mulher passou por um período de 15 dias em que se sentia muito em baixo e triste sem razão aparente. O médico acompanhou de perto e incentivou a falar. No caso dela nem teve a ver com o bebé directamente, uma vez que sempre que chorava nem estava na presença dele; qualquer situação mais sensível fazia com que chorasse, por vezes estava sozinha e isso acontecia. Penso que nem sempre tenha a ver com o filho mas sim com factores externos a este.

41. Depois de terem a criança, algumas pessoas não aceitam tão bem este acontecimento. Não têm vontade de fazer certas actividades e deixam de ter interesse. O apoio familiar pode influenciar o desenvolvimento desta doença. A pessoa não quer ouvir ninguém, não quer falar e isola-se.

42. Cansaço extremo

43. A doença do meu ponto de vista, não deve ser dramatizada, mas sim encarada como algo normal que pode acontecer. Acredito que o papel do conjugue é fundamental no acompanhamento e cura da doença. O estímulo à auto-estima da mãe, o acompanhamento e compreensão do elemento masculino na relação íntima do casal é fundamental e acredito que se o homem e a mulher conseguirem ser um só (casal), então a probabilidade desse momento menos bom acontecer, ou rapidamente se dissipar é maior.

44. Tendo em conta a experiência da minha tia, ela não conseguia estar com a filha e sentia-se responsável pelo permanente choro dela. O que depois se traduziu num desleixe para com a bebé e isolamento. É uma doença que pode acontecer a qualquer pessoa, independentemente do estatuto social ou económico. Julgo que existe muito o “passar a responsabilidade à mãe” e que ela é que tem que tomar conta do filho: mais uma vez, no caso da minha tia, sempre que o bebé chorava toda a gente dizia “vai à mãe”, o que contribuía para ela pensar que o filho só chorava no colo dela. As mães sentem tanta responsabilidade que têm medo de não conseguirem cuidar dos filhos.

45. É uma doença que ocorre após o parto, como o próprio nome indica. É um estado de espírito da mulher nos minutos, dias a seguir ao parto. A mulher não consegue lidar com as mudanças. Talvez possa estar relacionado com algum distúrbio químico ou hormonal. Já ouvi dizer que está associado à amamentação, no sentido em que se a mulher amamentar há uma compensação química, caso não amamente pode incentivar mais facilmente a depressão. Sentimento de falta de capacidade para conjugar a maternidade e a rotina: organização da casa, alterações físicas e relação sexual com o companheiro. Existe um vazio pós-objectivo atingido.

46. Afecta uma percentagem significativa das mulheres. Sentem-se frustradas e por vezes rejeitam os filhos. Sentem-se sem paciência. Como o nome indica é uma depressão, mas que ocorre depois do parto. Pode durar bastante tempo, especialmente no primeiro ano de vida do filho. Por vezes sentem-se deprimidas antes do parto, ou seja, ainda na gravidez. Mudanças físicas e ciúmes pela atenção dada ao bebé.

47. O meu conhecimento é muito vago. Penso que a própria gravidez pode influenciar a depressão pós-parto e é uma depressão que ocorre neste período, ou seja, os sintomas são idênticos.

48. Penso que seja como a depressão normal. A mãe fica triste e sem vontade de tomar conta do filho. Sente-se incapaz e desmotivada, cansaço e chora muito. O bebé não dorme ou é difícil. Pode ter que ver com mudanças hormonais.

49. É uma doença que pode afectar qualquer mãe e que prejudica a relação dela com o marido e com o filho. Sente-se cansada, triste e insegura. Há mães que rejeitam os filhos.

50. A depressão pode afetar qualquer mulher que se sente triste, sem forças, podendo ou não rejeitar o filho. Pode contribuir para isso a inexperiência ou fraco apoio dos familiares e/ou do marido. Traz mal estar a toda a família.

51. É uma doença que afeta muitas mães. Penso que seja como uma depressão dita normal, humor depressivo sem saber bem porquê, falta de energia ou de vontade de viver. O fraco apoio e transformações hormonais podem contribuir para a doença que vai afetar a vida de toda a família

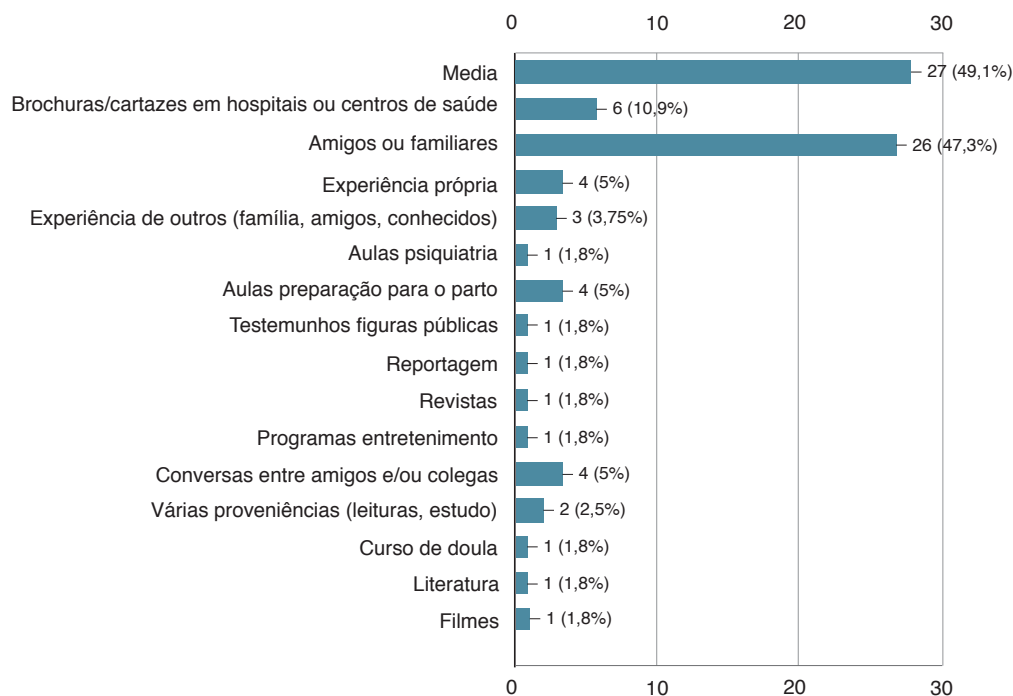
52. Sei o que é muito por alto. Acho que é uma depressão como outra qualquer e que afecta as mães. Os sintomas são o choro e o não querer fazer nada e estar sozinha. É muito mau para o filho que não tem o apoio da mãe e para o marido que se calhar não sabe com ajudar

53. As mulheres estão tristes e não sabem como lidar com o bebé.

54. No geral afeta muito as mães, mas também a família e o bebé. Sentem-se inadaptadas ou inseguras. Tristes e sem vontade de fazer a vida normal.

Através de que meios teve conhecimento da mesma?

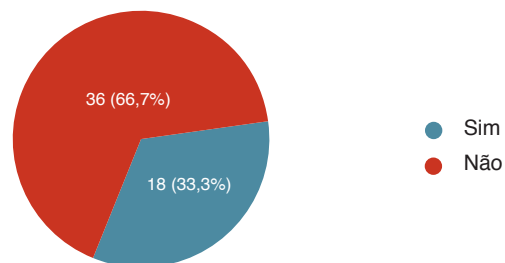
55 respostas



6.4 Inquérito

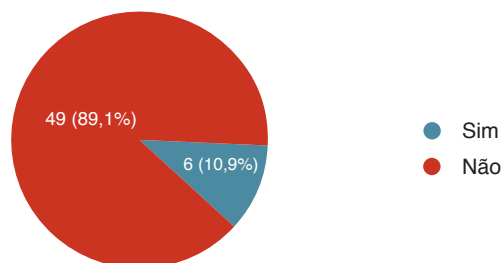
Conhece algum familiar, amigo ou conhecido que tenha passado pela experiência?

54 respostas



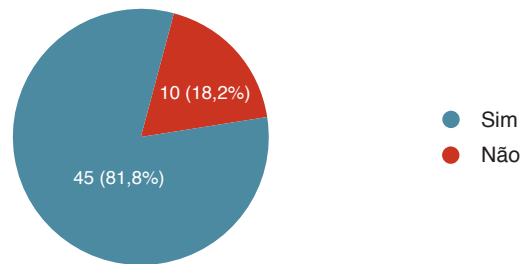
Considera que a informação sobre a doença é suficientemente bem divulgada?

55 respostas



Considera que existe algum estigma/preconceito relativamente à doença?

55 respostas



Se sim, qual?

44 respostas

1. O facto de se achar que as mães não são capazes de tomarem conta do filho leva a que as mesmas não peçam ajuda e escondem a doença. Não é equiparada a outras doenças. Existe uma subvalorização da doença e a falta de informação, bem como discussão aberta da depressão pós-parto.
2. O próprio preconceito de aceitar que tem a doença, de ser visto como um louco, medo de ser considerado uma má mãe...
3. Pessoas anormais, incapazes.
4. Associada à fraqueza, é desvalorizada pela maior parte das pessoas. É como estar “a ficar maluca”.
5. A maioria das pessoas não compreende a doença nem as atitudes da mãe para com o recém-nascido.
6. Devido à falta de informação, muita gente não reconhece a doença e é capaz de criticar a mãe pela condição em que fica.
7. A mãe ser considerada negligente; ser-lhes retirado o bebé.
8. Algumas pessoas não “admitem” uma mãe ficar depressiva por ter um filho: um filho só pode trazer felicidade, e não o contrário.
9. Quem está de fora diz que as mães têm a mania que estão com esquisitices.
10. As pessoas dizem “coitada”; “ela sabe lá o que é ter filhos”; “é frescura”.
11. São pessoas tolas e que não sabem o que dizem. Quem está de fora só diz barbaridades sobre os doentes, não entendem como nos sentimos.
12. Dizem que a pessoa está maluca. As pessoas não conseguem entender. Aham que não provoca dores e pensam que não existe. Como se não provocasse nada.
13. O preconceito não é só relativamente às mães, mas sim a qualquer pessoa que passe por uma depressão. As pessoas pensam que os doentes são maluquinhos.
14. A sociedade encara a maternidade como uma benção. É incutida muita pressão e parece que só se pode mostrar o que é bom. Romantiza-se em demasia. A mãe tem que assumir este papel na perfeição mais o de mulher e estar sempre perfeita para tudo o que aconteça na sua vida familiar, profissional e social.
15. “Ninguém” compreende como é que um pai e uma mãe podem tornar-se tão agressivos numa situação destas (quer com a experiência e em alguns casos com o próprio filho). Há quem associe a doença a pessoas doidas e que não é um problema de saúde. Existe vergonha. Ninguém quer falar, pensam “não é nada comigo” e seguem a sua vida.

16. O estigma não é só com a depressão pós-parto, mas sim com todas as doenças mentais no geral. Há a ideia errada de que estão maluquinhos. Esconde-se a doença e tem-se medo de equiparar a outras doenças; são todas diferentes mas devia de se dar igual atenção.

17. É difícil ser aceite pelos homens. Não ligam tanto.

18. As pessoas julgam as mulheres. Dizem “ah eu também tive filhos e criei-os”. As pessoas de fora não aceitam que a mulher esteja a passar por esta doença, acham que tem que ultrapassar facilmente.

19. As pessoas acham que é tudo treta. Dizem que a mãe quer é estar em casa e a descansar. Desvalorizam os seus sentimentos e os sintomas da doença.

20. Dizem que a mãe faz de propósito.

21. É considerado uma fraqueza, o que aliás é associado a todas as depressões.

22. Egoísmo.

23. É encarado como sinal de fraqueza.

24. Não a consideram normal.

25. Fraqueza, incapacidade, imaturidade, etc. todos eles infundados e reveladores de profunda ignorância.

26. Penso que muitas pessoas a associam a um estado de cansaço ou obrigatoriamente decorrente das alterações hormonais no pós-parto, dificultando não só a percepção da existência da doença para a própria mulher mas também para os familiares mais próximos.

27. Desvalorização.

28. O desconhecimento da doença faz com que as pessoas nem sempre se apercebam da mesma, sobretudo aquelas que rodeiam uma mulher que tenha este problema.

29. Ainda há quem não acredite na realidade da doença.

30. Existe vergonha. É uma fase nova e culpabilizam as mulheres. Não reconhecem a depressão pós-parto como sendo doença, dizem que “vai passar”.

31. Existe sobretudo vergonha pessoal, não entendo que seja só estigma. As pessoas pensam que devia ser o momento mais feliz das suas vidas e como algumas mães não se sentem assim preferem não admitir do que serem acusadas de serem más mães por estarem a passar um período mais complicado. Devia-se abrir o diálogo.

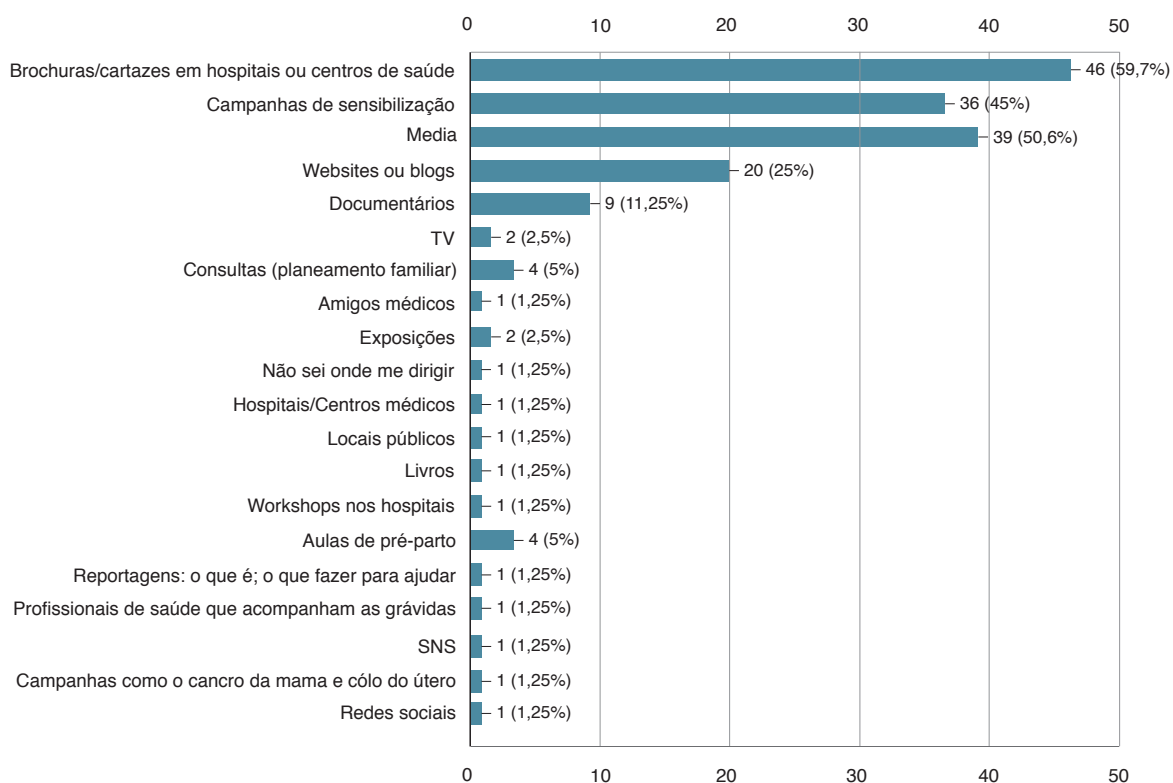
32. Pensam que a mãe finge para ficar mais tempo em casa e não ir trabalhar. Pensam que é “manha”. Acham que não é doença. “Ah tem-se a criança e está sempre tudo bem”.

33. Podem ser criticadas. Tal como todas as doenças mentais pensam que vai passar sem precisar de acompanhamento ou tratamento.

34. De que as mulheres ficam desequilibradas.
35. Quando a doença não é detectada, pensam que o que as mães sentem é porque não querem saber dos filhos ou porque não querem tomar conta deles.
36. Talvez exista algum estigma ou vergonha por parte das mulheres em admitir que precisam de ajuda.
37. A pessoa é mais julgada do que a própria doença porque a sociedade não reconhece como sendo uma doença. Há uma desvalorização da depressão e por consequente da pessoa afectada.
38. Acham que as mães não querem é fazer nada e que é fita.
39. A sociedade ainda pensa que estas doenças mentais não são doenças e que ou não existem, ou são fita dos doentes ou estão malucos.
40. As mulheres são chamadas de fracas, de inúteis ou que estão a fazer “fita”.
41. Só o facto de não se falar desta doença e de outras faz com que seja desvalorizada e não considerada importante. As mulheres são chamadas de malucas e de inaptas para o papel de mãe.
42. As pessoas são chamadas de malucas ou que estão a inventar.
43. Pensam que são malucas.
44. Acho que tem muito a ver com o julgamento a estas pessoas e depois vergonha em admitir o que sentem.

Através de que plataforma ou meio considera mais pertinente obter informação?

80 respostas

**Observações**

28 respostas

1. Eu acho que se saíssem do hospital e fossem logo para casa que não apanhavam depressão. Isso não existe. As mulheres estão muito mal habituadas. No meu tempo não havia nada disso.
2. A informação deve ser transmitida de forma direta e atempadamente, antes de a doença se manifestar. As pessoas de fora não sabem o que é.
3. Existe informação se estivermos em contacto com outras mulheres grávidas ou quando passamos pela experiência. Fora desse meio não é tão comum ouvir-se falar. Eu não senti julgamentos, as pessoas diziam-me só que ia passar. A mulher não pensa que é depressão e tem medo de assumir por causa das complicações.

4. Existe informação no meio, para as grávidas. Já existe do que há uns anos atrás. A informação é passada diretamente às grávidas, dependendo do meio e do centro de saúde. Mas realmente não existe informação disponível em panfletos nos hospitais e centros médicos.
5. Quando passei pela doença não sabia do que se tratava. Só depois das consultas é que teve conhecimento. As pessoas, amigos e família, não sabem como ajudar. Deviam de abordar mais o tema.
6. Passei por uma depressão normal e achei que não fui totalmente bem informada porque alguns dos sintomas que sentia ninguém me disse que eram devido à depressão. Mais tarde disseram que tinha que ver e que existem sintomas diferentes para cada pessoa.
7. Passei por muita pressão, apesar de não ter passado por depressão e ter tido muito apoio do meu marido. As pessoas estavam sempre “em cima de mim” e do bebé. Nos primeiros dias queriam logo pegar nele e estar em permanente contacto com a minha relação e a dele, observar o que eu fazia com ele e não percebiam que aquele era um momento só meu. Por vezes queria explicar certas coisas e as pessoas não entendiam. Penso que se for um médico ou informação disponibilizada pelas entidades de saúde os familiares e amigos conseguem perceber melhor certas atitudes das mães e por vezes dos pais e aceitar o porquê de fazermos as coisas de uma forma e não de acordo com as opiniões que vêm de todos os lados.
8. Não sei do que se trata mas já ouvi falar. É uma doença nova que as mães de hoje em dia têm.
9. O conhecimento adquirido foi feito em duas fases: o antes e o depois de ser pai. Apesar da minha mulher não ter sido diagnosticada com depressão pós-parto, passou por um período de baby-blues intenso e bastante complicado. Existe pouca informação para o público no geral, não há muita divulgação. Quem passa pela experiência de ser mãe ou pai acaba por ser induzido a essa informação, nem que seja nas consultas nos centros de saúde, no entanto nem todos se mostram tão disponíveis para dar a devida atenção a este problema.
10. Não há muita informação para o público em geral, só em casos específicos ou quando se passa pela experiência da maternidade/paternidade. Há a necessidade de se incentivar ao diálogo.
11. Não sei o que é mas já ouvi falar.
12. Já ouvi falar. Se a informação chegar até às pessoas elas vão preocupar-se em saber mais.
13. Informação existe, não está é divulgada. Tem que haver formação; as pessoas com baixa formação são as mais afectadas com este fraco diálogo. Nos centros de saúde não há informação nas salas de espera, a não ser que a pessoa tenha uma consulta de planeamento familiar ou preparação do parto não têm acesso a essa informação directa. Qual é o interesse dos governantes em não divulgar esta doença??

6.4 Inquérito

14. Já se ouvi falar mais. Como não me afectou não tenho percepção se há muita ou pouca. Mas talvez mais divulgação.

15. Assunto muito pertinente, sempre atual e de responsabilidade social. Um questão de cidadania.

16. Já ouvi falar, mas não sei do que se trata efectivamente. Como nem a minha mulher nem eu passamos pela situação nem conhecemos ninguém que tenha passado por isso não tivemos contacto com essa informação. Quando se passa pelas situações “é que são elas”. Fala-se pouco ou nada nas aulas de preparação para o parto. Estas são à base de exercícios e preparação durante a gravidez e momento do parto, as normas que se deve seguir. Para o que vem a seguir só mesmo se houver complicações é que a informação é fornecida.

17. A informação não chega de igual forma como outras doenças.

18. Já ouvi falar.

19. Já ouvi falar mas não sei o que causa.

20. Penso que a informação não é muito divulgada. Amigas minhas sentiram que, quando foram mães, o médico não as incentivava a falar. Não sentiam o que era suposto sentir na maternidade: felicidade extrema. E ninguém as incentivava a exprimir o que sentiam. A minha mulher teve cursos de preparação para o parto e um acompanhamento superior à media, no entanto pouco ou nada se falou da doença. A informação é demasiado orientada para as mães, como se só elas tivessem que passar pela maternidade e pela responsabilidade que acarreta. Fala-se do bom e do mau, da recuperação e cuidados a ter, mas este núcleo é completamente excluído.

21. Já ouvi falar, mas nunca obtive muita informação. Se for como a depressão normal, deve-se sentir muita tristeza.

22. Já se ouvi falar mais do que há 20 anos atrás, por exemplo. Já está mais evoluído mas ainda não é 100% eficaz.

23. Não está muito divulgado, mas informação há bastante na internet, as pessoas é que não são incentivadas a ir pesquisar.

24. É importante divulgar mais e dizer que há apoios para estas mulheres.

25. É necessário falar mais abertamente do assunto.

26. Já ouvi falar mas não sei exactamente o que é. Talvez seja uma doença mental e igual à outra depressão.

27. Devia de se falar mais porque como eu muita gente não sabe quais outros sintomas e não conseguem ajudar.

28. Não sei do que se trata mas penso que exista de verdade.

6.5 Etnografia visual: recolha de material gráfico



Fig. 77 - Infografia “A mulher e a diabetes”, Centro de saúde da Carvalhosa, 9 de dezembro de 2017.

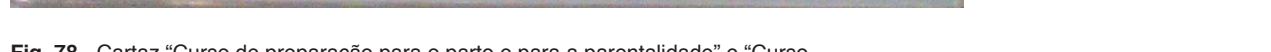




Fig. 79 - Paineiro informativo Centro de Saúde do Covelo, 9 de dezembro de 2017.



Fig. 80 - Dois cartazes da Sociedade Portuguesa De Endocrinologia Diabetes E Metabolismo no seguimento do Dia Nacional da Diabetes, Centro de saúde do Covelo, 9 de dezembro de 2017.



Fig. 81 - Painel informativo, SASU Matosinhos, 9 de dezembro de 2017.

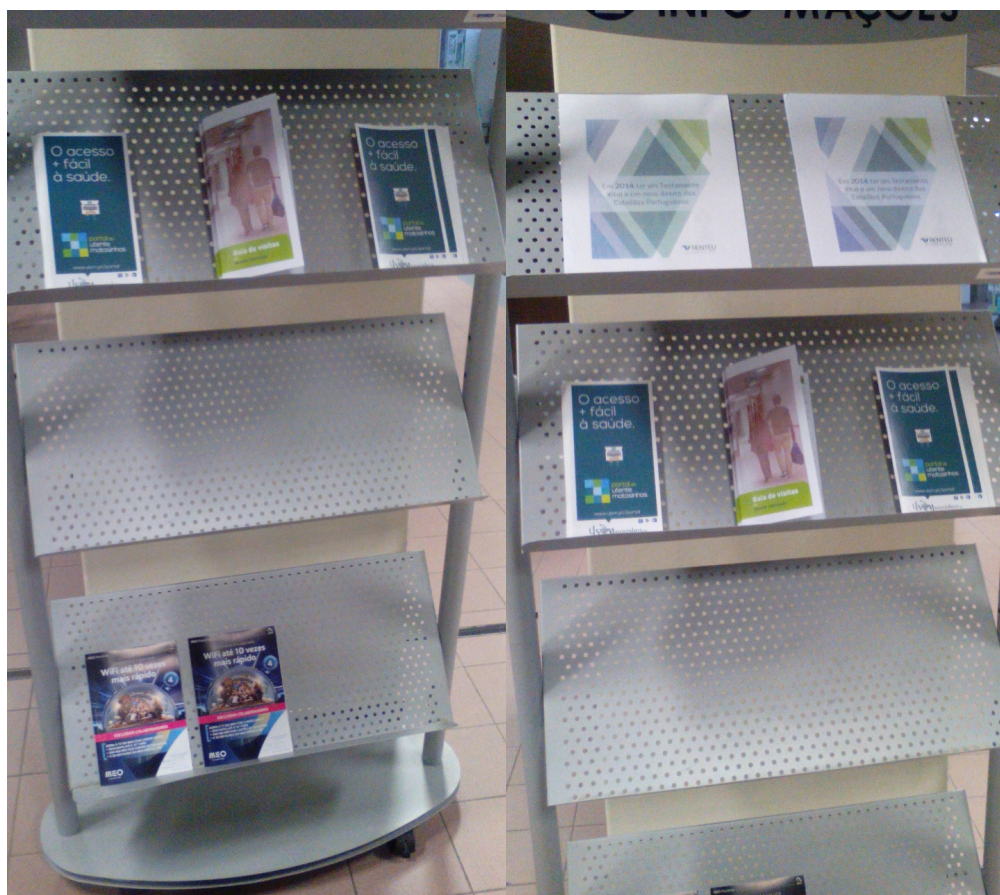


Fig. 82 - Expositor informativo, entrada Hospital Pedro Hispano, 9 de dezembro de 2017.



Fig. 83 - Paineis informativos, Hospital de Santo António, 12 de dezembro de 2017.



Fig. 84 - Cartaz doença dos legionários, Hospital de Santo António, 12 de dezembro de 2017.



Fig. 85 - Cartazes da campanha nacional da higiene das mãos, Hospital de Santo António, 12 de dezembro de 2017.

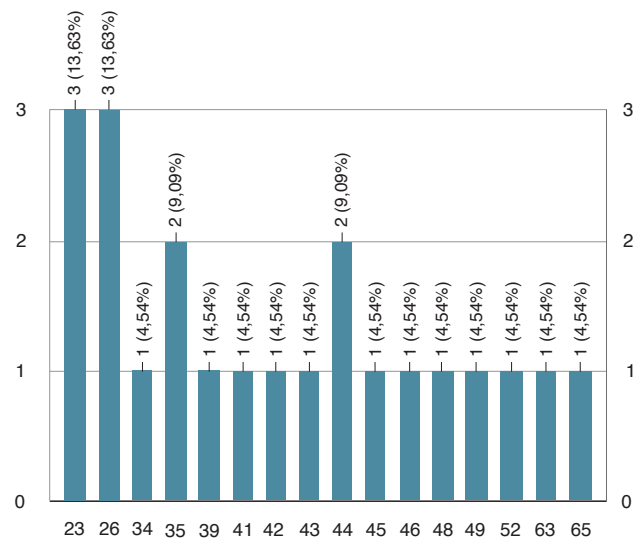


Fig. 86 - Cartaz Banco Público de Gâmetas, Hospital de Santo António, 12 de dezembro de 2017.

6.6 Etnografia visual: foto-eliciação

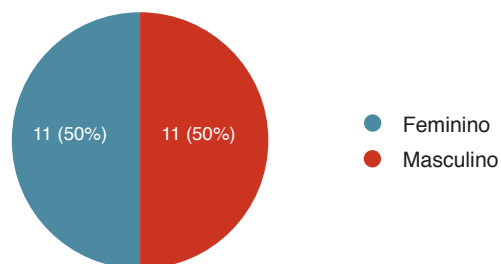
Idade

22 respostas



Género

22 respostas



Profissão

22 respostas

Responderam ao inquérito 3 designers gráficos, 2 gestores de apoio ao cliente, 2 analistas de produção industrial, 2 escriturários, 1 florista, 1 engenheira civil, 1 estudante de História, 1 engenheira de segurança alimentar, 1 gestor de logística, 1 comercial de marketing, 1 engenheiro de manutenção, 1 balanceiro de pesagem de mercadorias, 1 doméstica, 1 manicura, 1 cobradora, 1 electricista e 1 comerciante.

a) Descreva intuitivamente cada uma das imagens que se seguem, atendendo à forma (o que vê na imagem) e ao conteúdo (que mensagem transmitem).

22 respostas



Fig. 87 - Depressão Pós Parto: Causas, Sintomas e Tratamento!, O psicólogo online, 14 de dezembro de 2016



Fig. 88 - Entenda o que é Depressão pós-parto, Tua Saúde, s.d.



Fig. 89 - Women in cities at higher risk of postpartum depression, The star, 6 de agosto de 2013



Fig. 90 - Depressão pós-parto: contrariedade de sentimentos, Canção Nova, s.d.

Figura 87

- Desinteresse conjugal
- O pai está a dar o biberão ao filho, porque a mãe está desinteressada no que está a acontecer. Saliento as expressões e as posturas.
- Falta de paciência. Apoio do pai. Avó a ver o comportamento da filha.
- A mulher está aborrecida com o marido.
- A mãe está angustiada a pensar no futuro.
- Desinteresse.
- Toda a gente a olhar para a mãe (que está doente e desligada). Expectativa que estivesse a fazer qualquer coisa de diferente.
- A mulher parece estar fora do contexto de mãe, do que acabou de acontecer.
- Invasão de privacidade.
- A mãe está triste e poderá estar infeliz, também.
- Ar triste.
- Ajuda do pai. A mãe está com o pensamento longe, mas percebe-se pela ligação das pessoas entre os olhares que estão a ajudá-la.
- Pensativa em como vai ser o futuro.
- A mulher pensa que faz tudo sozinha.
- Desapego
- Felicidade vs felicidade total
- Não tem perspetiva de futuro
- A mãe está com um olhar perdido e o pai está contente a cuidar do filho
- O pai é que está a dar apoio à criança. A mãe parece que está noutro mundo, a posição do corpo e o olhar indicam que não parece estar feliz.
- Afastamento da mãe com a realidade que está à sua volta.
- Mãe desligada relativamente ao comportamento do pai.
- Medo de falhar. Olhar no vazio.

Figura 88

- Impotência.
- A mãe não está a suportar o que está a acontecer, não sabe o que fazer.
- A senhora mais velha está a apoiar a mãe. Nota-se pela posição da mão que está cansada porque o bebé chora muito.
- A mãe está a ter um colapso com a sogra e com o bebé a chorar.
- A mãe não sabe o que fazer. Está desesperada.
- A mulher não sabe lidar com a situação.
- Parece que está a pensar “Desliguem-me disto”, mas ao mesmo tempo não quer largar nem abandonar o filho.
- Decepção.
- Mãe stressada e a, presumível, sogra a tentar ajudar.
- Aflição, não sabe o que fazer.
- Já se está a começar a sentir doente.
- A avó está a tentar confortar a mãe e a apoiá-la.
- Desespero porque o bebé está a desestabilizá-la.
- Pensa que o bebé só chora no colo dela. Cansaço.

- Apoio.
- Choro constante.
- Desconsolada.
- A mãe está completamente cansada/exausta por ouvir o filho a chorar/berrar.
- Exausta. A mãe deve estar a ficar com depressão. Sem paciência e esgotada. E a senhora mais velha está a mimá-la e a dar apoio para tentar confortá-la.
- “Auto”-destruição.
- Mãe aflita. Outra senhora a dar apoio ao seu desespero.
- Desespero.

Figura 89

- Exaustão da rotina.
 - Uma perda de um filho pela forma como se posiciona no berço. O boneco seria do filho.
- Desespero.
- Mãe a admirar o filho que está a dormir.
 - Transmite tristeza e desespero.
 - A mãe atingiu o limite.
 - Desespero.
 - Imagem muito triste, quase perda.
 - Tristeza, depressão.
 - Cansaço, carga negativa.
 - A mãe quer dormir e não consegue. Cansaço extremo.
 - Depressiva.
 - Cansaço.
 - Exaustão.
 - Cansaço.
 - Sofrimento.
 - Solidão.
 - Isolamento.
 - Mãe triste, exausta e sem saber o que fazer.
 - Pensativa. Pode-se interpretar de muitas formas.
 - Vive muito o momento sozinha.
 - Muito cansaço.
- Cansaço acumulado.

Figura 90

- Preocupação.
- Não transmite nada de especial. Está bem com o filho.
- Mãe cuidadosa pela forma como segura o bebé.
- Mãe a posar forçadamente com uma criança.
- Está relacionada com a primeira imagem, não prevê o futuro.
- Pedido de auxílio.
- Alguém que está sozinha.
- Uma foto mais artística, que demonstra um certo vazio. Desconexão. Parece mais ensaiado do que as outras.

- Transmite bem-estar e ternura.
- O bebê deve estar com cólicas.
- Postura serena e calma.
- Quer proteger o bebê: contradiz as outras. Mostra afeto e carinho.
- Desapego e ausência.
- Agonia, sem expressão.
- Perdida, sem orientação da vida.
- Parece que está numa sessão fotográfica.
- Uma imagem mais simples. A mãe está com o filho recém-nascido, aliviada e com o cuidado de colo a segurar bem o filho.
- Sente-se realizada mas não está totalmente confortável. Pensava que era uma coisa e afinal é outra.
- Sofrimento individual.
- Postura serena.
- Dúvida.

b) Comparando as imagens que se seguem, alguma lhe transmite uma mensagem mais negativa? b1) Porquê?

22 respostas



Fig. 91 - To The Mom-To-Be Who Is Struggling To Hold It Together, Scary Mommy, s.d.



Fig. 92 - Depressão pós-parto, Psicólogos Berrini, s.d.

1. Ambas transmitem carga negativa. Exibem preocupação. Mas a imagem a preto e branco tem uma carga mais forte e a cores é mais alegre.
2. Sim, as duas. Pela cor não, saliento mais a expressão, os gestos, a mão na cabeça. A 91 demonstra falta de paciência e a 92 uma atitude de “Tem que ser...”
3. A 92 é mais negativa. Consigo perceber mais uma expressão de frustração. Na 91 não sei o que se passa, porque a expressão está escondida. A cor não é relevante.

4. A imagem 92 transmite uma carga negativa. Devido à expressão de desamparo da mãe e à linguagem corporal (afastamento físico entre mãe e bebé).
5. A 92 é mais negativa do que a 91. Não consigo ver os olhos da imagem 91. Até pode estar a rir-se de outra situação. Na 92 vê-se que está cansada, embora possa estar preocupada com outro assunto que não o bebé.
6. São as duas muito semelhantes. A única diferença grande é o bebé: um está a chorar e o outro mais sereno.
7. Nenhuma. Durante a depressão da minha mulher, quando estava triste não era quando estava com o bebé. Estava mais sensível. Não associo a tristeza à relação mãe-bebé.
8. A 91. Transmite mais drama, por causa da cor, uma vez que são muito parecidas.
9. Não transmite carga negativa.
10. As duas são semelhantes. A postura das duas mães não tem que ver com o bebé. Não me indica que esteja relacionado com a depressão pós-parto.
11. Uma não tem nada a ver com a outra. A 91 está mais relacionada com o bebé. A cor é indiferente.
12. A 92, porque o bebé está mais assustado. Parece que está desesperado. A cor torna mais apelativa. A 91 parece mais cansado.
13. Sim, a 91. O bebé está a chorar e mãe cansada. A cor influencia porque a preto e branco é mais bruta. A cores não dá a sensação de tristeza.
14. A 92 é mais negativa, por causa da separação entre o bebé e a mãe.
15. Sim, a 91, por causa da cor.
16. Sim, a 92. A cor realça o drama e as personagens.
17. As duas transmitem. Porque a cor não tem relevância e a posição e gestos das mulheres são idênticos e isso sim indica-me cansaço, tristeza e desespero.
18. Ambas transmitem uma mãe exausta e sem vontade para assumir esse papel.
19. As duas são muito idênticas. Mas uma das crianças (na imagem 91) está a chorar. As mães têm o mesmo pensamento, estão esgotadas, sem paciência e não sabem como reagir.
20. A mulher transmite uma carga negativa nas duas imagens. Na 91 parece estar mais ligado ao bebé, o facto de estar triste. Na 92 está mais distanciada do bebé.
21. Não transmite carga negativa. Cansaço sim. Algo que faz parte. Pode não ter nada a ver com o bebé ou com a depressão.
22. Acho que é mais a 92, porque existe um maior afastamento. Na 91 existe um contacto físico maior.

c) Como descreve a figura 93 na sua relação entre a frase e a ilustração? Acha que se enquadram? (pt: “Então é assim que alguém com depressão pós-parto se sente”)

22 respostas

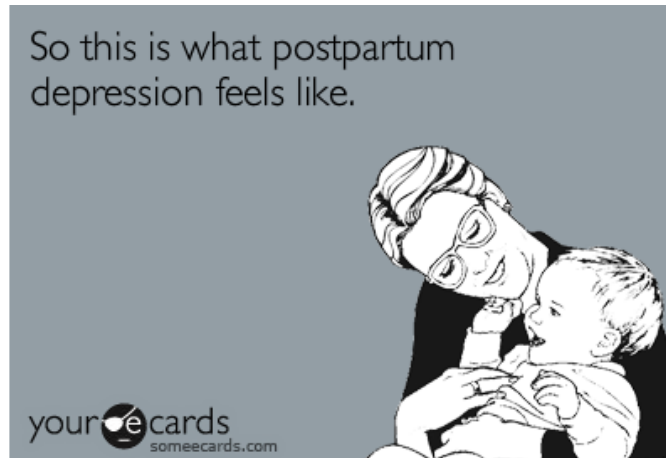


Fig. 93 - Postpartum Depression Sucks *& my trip on the crazy train*, Simply Wright, 16 de dezembro de 2014

1. Não. Não existe uma harmonia entre mãe e filho, não existe felicidade.
2. Não, porque a mãe não devia estar a sorrir e há ternura.
3. Não. A imagem demonstra felicidade.
4. A legenda não corresponde à ilustração, porque não existe isolamento, tristeza, desespero.
5. Não, de maneira nenhuma. A mãe está feliz e o bebé também. A ilustração e a legenda contradizem-se.
6. Não, porque o sintoma da depressão pós-parto não é a felicidade, que é o que a imagem mostra.
7. Não, porque a mãe não devia estar super feliz. Tem um olhar terno.
8. Não se enquadra, porque não retrata o estar desesperada e triste.
9. A ilustração não tem nada a ver com a frase. A mãe está a interagir com o bebé e está feliz.
10. Não, porque a mãe e o bebé estão felizes. Estão a gostar da companhia um do outro.
11. Num primeiro momento não parece. Mas pode significar o esconder a verdade, a vergonha e então finge-se que está tudo bem. Tem os dois lados.
12. Não, porque na depressão pós-parto não existe felicidade; as brincadeiras não são tão comuns.
13. Não está de acordo, no entanto pode simbolizar os dois lados da maternidade. As mudanças de humor.
14. Não. Literalmente a frase não é coerente com a imagem, porque a doença é um período infeliz na vida da mulher e ela está contente.
15. Não, porque se estão a rir e existe proteção.
16. Não, porque estão serenos.
17. Não. Para coincidirem a mulher teria de estar triste.

18. A imagem não é nada coerente, pois ilustra uma mãe feliz e a brincar com o filho e o título diz que a depressão pós-parto é suposto ser assim.
19. Não, porque se contradizem e é uma experiência infeliz. Mas também pode confrontar a felicidade expectável da maternidade com o estigma da depressão pós-parto.
20. Podem estar de acordo se for no sentido de representar que a mulher não quer transmitir o que sente e também não quer influenciar a criança essa infelicidade. Oculta o que sente.
21. Não. Quando uma pessoa está com depressão pós-parto nem sequer quer ver ou estar com a criança.
22. Acho que se podem enquadrar. A depressão pós-parto não precisa de ser associado somente a algo mau. Pode haver também bons momentos. Não me choca. Tenho noção que são altos e baixos.

d) Considere a sequência 1 (fig. 94 a 96) e a sequência 2 (fig. 97 a 99): qual das duas lhe transmite uma mensagem mais completa, tendo uma maior capacidade de consciencialização?

22 respostas

Sequência 1



Fig. 94 - 6 dicas para prevenir a depressão pós-parto, Psicologia Viva, 1 de janeiro de 2017



Fig. 95 - Depressão pós-parto, Psicólogos Berrini, s.d.



Fig. 96 - Depressão Pós-Parto: Acabando com os tabus, Eu sem fronteiras, s.d.

Sequência 2



Fig. 97 - Postpartum Depression: Raising Awareness, The Odyssey Online, 20 de fevereiro de 2017



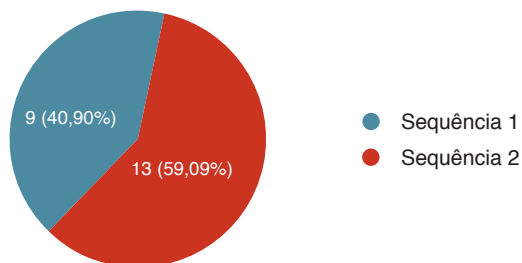
Fig. 98 - Postpartum Psychosis: Severe mental illness after childbirth, Royal College of Psychiatrists, junho de 2015



Fig. 99 - Motherhood Can Be a Lonely Place, Scientific American, 1 de setembro de 2015

d1) Justifique, destacando semelhanças ou diferenças, existentes entre as fotografias e as ilustrações, que tenham influenciado a sua leitura/interpretação

- i) Uma das sequências é visualmente mais atrativa.
- ii) As imagens de uma das sequências são mais chocantes e evocam mensagens que as outras não conseguem.
- iii) Nenhuma me transmite nada em especial.
- iv) As imagens são mais objetivas.
- iv) As imagens são mais ricas metaforicamente.
- v) As imagens são compostas pelos mesmos intervenientes: uma mulher e um bebé.
- vi) As imagens não são suficientemente esclarecedoras, podendo representar outras situações que não uma doença.
- vii) As imagens aproximam o público da sua mensagem.
- viii) As imagens permitem um conjunto de abordagem mais amplo.
- ix) Cada imagem de uma das sequências é mais detalhada e através delas é possível narrar uma história.
- x) As imagens transmitem-me mais empatia.



Respostas sequência 1

- 1. x)
- 2. vii); As ilustrações podem ter outra interpretação
- 3. A imagem 94 é mais forte e enfatiza o distanciamento entre mãe e filho.
- 4. É mais empática e transmite melhor a depressão.
- 5. Transmite mais distância.
- 6. vii)
- 7. vii); x); As imagens da sequência 2 são demasiado agressivas.
- 8. Acho que são mais reais.
- 9. Porque reflete mais uma situação normal. Vemo-nos mais facilmente nesta situação, num ambiente confortável. Percebe-se que a mulher não se está a sentir bem pela sua postura. Embora a sequência 2 passe uma mensagem mais direta, a sequência 1 consegue chegar mais facilmente ao público porque retrata a mulher.

Respostas sequência 2

1. Conseguem chamar a atenção. A sequência 1 tem imagens que estamos habituados a ver todos os dias e pode referir-se a um outro assunto qualquer.
2. A sequência 2 choca mais, no sentido em que nos mostra que é uma situação negativa e que não deve ou pode acontecer, através de pormenores como as correntes. A sequência 1 não nos abala tanto, apenas mostra um afastamento entre mãe e bebé, que pode derivar de outro problema.
3. São imagens “assustadoras” e que nos fazem pensar. Existe ambiguidade, percebe-se que está numa situação muito confusa, sente-se baralhada, prisioneira dos acontecimentos.
4. São mais chocantes e ilustram melhor. Têm mais elementos que contam uma história, a da doença. Percebe-se melhor o que se quer transmitir. Na sequência 1 pode não ter nada a ver com a depressão.
5. Sem contexto as fotografias podem indicar outras situações e as ilustrações situam-nos num contexto exato.
6. A ilustração permite construir uma mensagem. Na fotografia não seria possível incluir elementos metafóricos. Para pessoas que não percebem, a mensagem é assim transmitida mais facilmente através deste meio. Direciona para o assunto.
7. A parte psicológica é melhor descrita, evoca sentimento de dualidade e torna as pessoas mais atentas. Tem mais impacto.
8. As ilustrações são mais metafóricas e traduzem mais sentimento. viii). ix).
9. ii); iv); vii)
10. Quando a imagem é real, as pessoas distraem-se com as roupas e com a expressão. As ilustrações transmitem mais pormenores e focam-se no corpo ou nos gestos.
11. É mais polémica. No fundo, na depressão a mãe tem um sentimento de dualidade e uma responsabilidade acrescida. As ilustrações mostram isso. As imagens da sequência 1 não têm esse impacto.
12. Tem elementos que caracterizam melhor a doença. O estar acorrentada ao carrinho e os relâmpagos por exemplo dão a sensação de que é realmente uma situação muito má.
13. A sequência 2 induz um estado de espírito, enquanto que a sequência 1 fotografa uma situação que pode não ser relativo à depressão mas sim a um dia cansativo.

Considere a sequência 3 (imagens 100 a 103) e sequência 4 (imagens 104 a 106).

Sequência 3

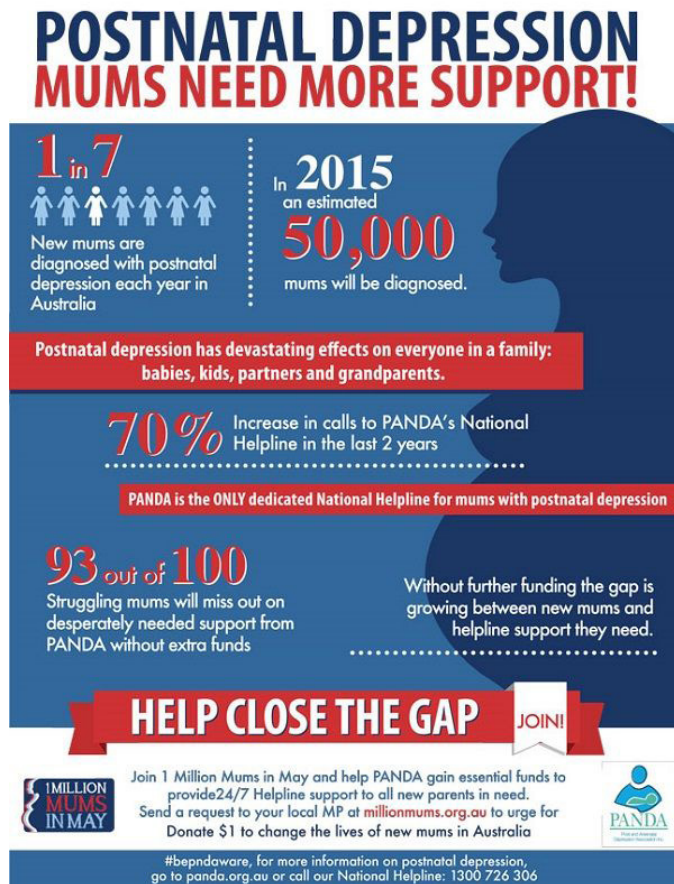


Fig. 100 - PANDA, Postnatal Depression Counselling, s.d.

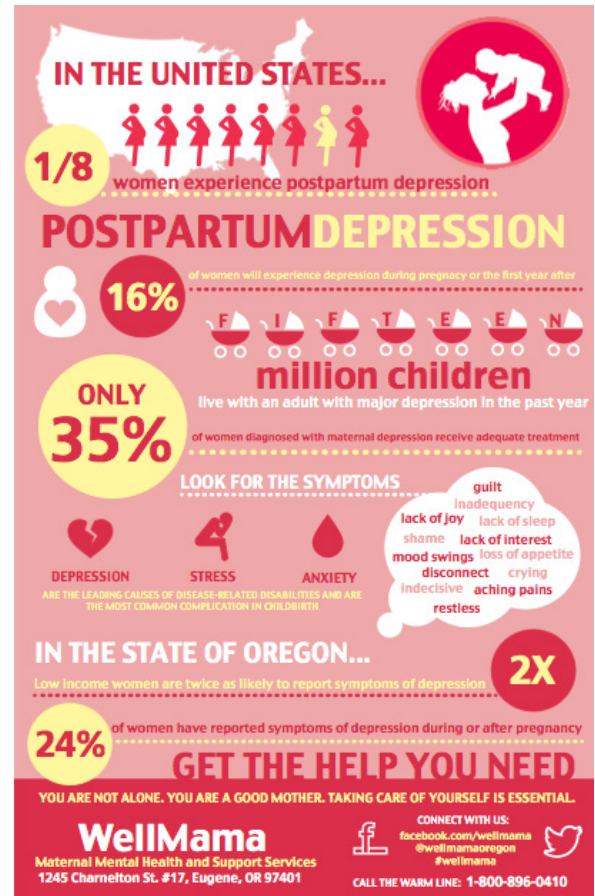


Fig. 101 - Post-Partum Depression, livinginmultipleworlds, 21 de julho de 2015

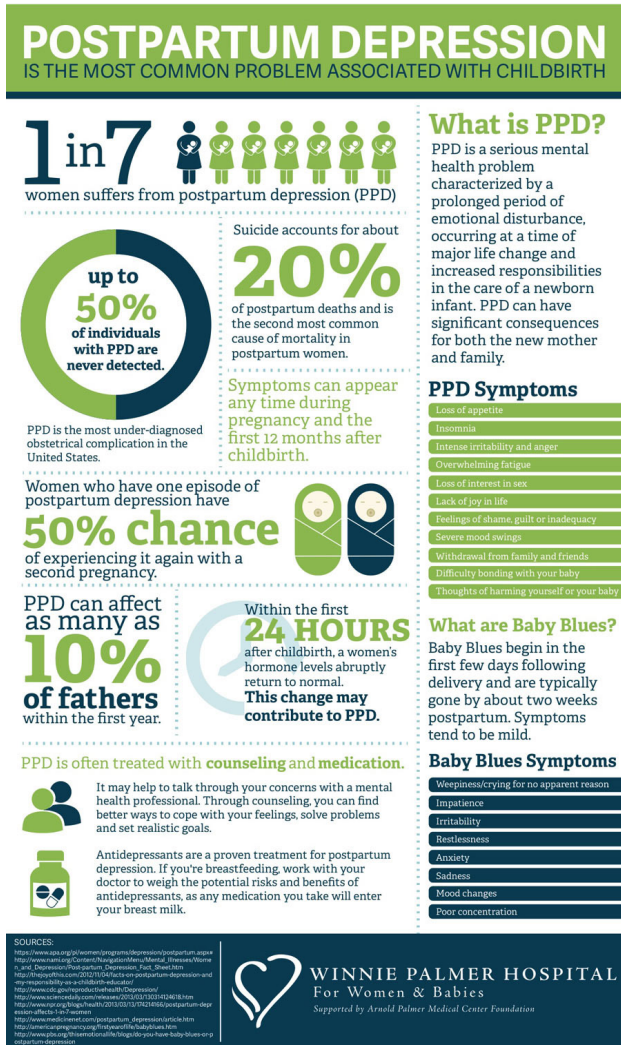


Fig. 102 - Infographic: How to overcome the stigma of postpartum depression, Ragan's Healthcare Communication News, 16 de outubro de 2015

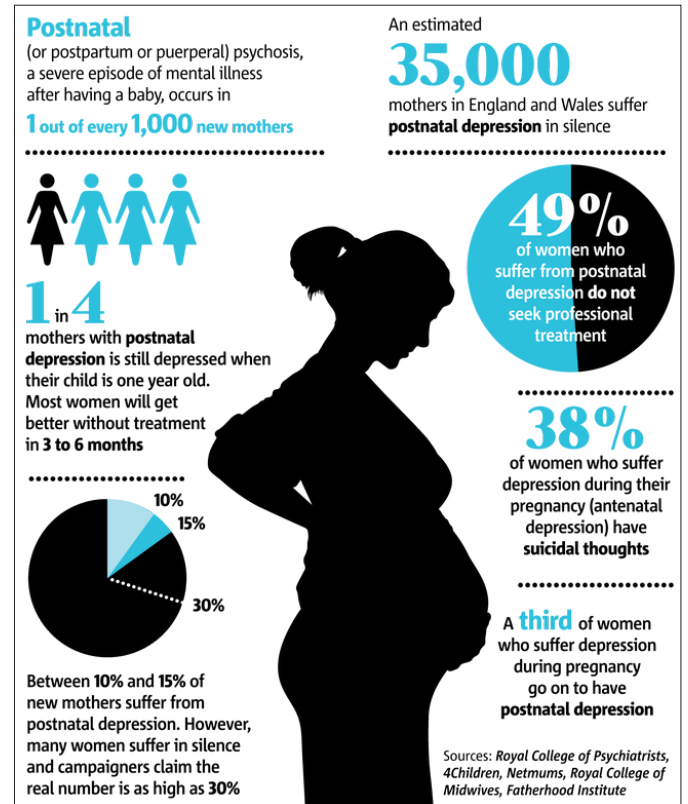


Fig. 103 - Thousands of women with postnatal depression suffering in silence, METRO, 12 de março de 2013

Sequência 4

Symptoms of Postpartum Depression Include:

- Loss of identity
- Complete loss of control
- Feeling withdrawn, isolated and lonely
- Change in appetite (either undereating or overeating)
- Overwhelming exhaustion, yet unable to sleep
- Feelings of hopelessness, a sense of failure
- Mood swings
- Incapacitating anxiety or doubt
- Overly concerned about cleanliness/germs and the health and safety of your baby
- The need to keep moving or pacing
- Feeling the need to "jump out of your skin"
- Uncontrollable crying
- Thoughts of hurting your baby or yourself
- Nightmares
- Difficulty focusing or concentrating

These feelings and experiences may lead you to become possessive of your baby or to disengage from and avoid your baby. This poses a risk to the physical and emotional safety of your baby. If untreated, these symptoms can last up to one year. There are several treatment options, including psychotherapy, medication and/or support groups. Mothers who receive treatment usually respond extremely well.

FINDING HELP

When you or someone you know shows signs of a postpartum mood disorder and obtains 15 or more points on the Edinburgh Postnatal Depression Scale, it is important to seek professional help. There is no need to feel ashamed or suffer in silence. Your mood, if untreated, can negatively affect your functioning and your baby's development.

As a new mother, you need support so you can believe in yourself and your abilities as a mother. Your spouse, partner, extended family, friends and even any hired help can all support you during this time. Connecting with other mothers also is extremely beneficial.

RESOURCES

Contact your OB or health care provider to set up an appointment and discuss any symptoms you are experiencing. You should also ask for a referral to a mental health professional who works with postpartum adjustment challenges. A list of mental health providers can also be found at ppdsupport.org.

Individual Support:
Postpartum Support Charleston offers email, phone and one-on-one support.
Warm line: (843) 410-3585
Email: contact@ppdsupport.org

Emergency Resources:
Palmetto Lowcountry Behavioral Health
(843) 747-5830

Lowcountry Transitions at Trident Medical Center
(843) 847-3010

Support Groups:
In Person
Postpartum Support Charleston offers group support at various locations around the tri-country area.
Visit ppdsupport.org for locations and times.

Online
Postpartum Support Charleston offers online support via a closed Facebook group. Go to ppdsupport.org/support

Other resources include:
Postpartum Support International
1-800-944-4PPD (4773) or postpartum.net



Educating. Supporting. Healing.
ppdsupport.org • (843) 732-1772

**YOUR
EMOTIONAL WELL-BEING**

after baby arrives



Fig. 104 - Your Emotional Well-Being Medical Brochure, Postpartum Support Charleston, s.d.


Depressão
Vamos falar

Pergunta-se ou acha que o seu bebê não a está a fazer feliz?

Ter um bebé é um evento importante na vida e pode causar preocupação, cansaço e tristeza. Normalmente, estes sentimentos não duram muito tempo, mas se persistem pode estar a sofrer de depressão. Para mais informações, continue a ler.

O que você deve saber


- A depressão após o parto é muito comum. Afeta 1 em cada 6 mulheres que deram à luz (puérperas). A depressão é uma doença caracterizada por tristeza persistente e perda de interesse por atividades que normalmente dão satisfação, e por incapacidade para realizar atividades diárias, durante pelo menos duas semanas.
- Além disso, as pessoas com depressão normalmente têm vários dos seguintes sintomas: perda de energia; alteração no apetite e no sono (aumento ou redução); ansiedade; dificuldade de concentração; indecisão; inquietação; sentimentos de inutilidade, culpa ou desespero; ideias/pensamentos autoagressivos ou de suicídio.
- Os sintomas de depressão pós-parto também incluem: sensação de sobrecarga; choro fácil e persistente sem motivo aparente; falta de ligação ao bebé; dúvida sobre ser capaz de cuidar de si e do bebé.
- A depressão pós-parto pode ser tratada com ajuda profissional. Psicoterapia e medicamentos podem ajudar. Alguns medicamentos podem ser tomados com segurança durante a amamentação.
- Sem tratamento, a depressão pós-parto pode durar meses ou mesmo anos. Pode afetar a saúde da mãe e o desenvolvimento do seu bebé.



O que pode fazer se achar que tem depressão


- Discuta os seus sentimentos com pessoas próximas e peça-lhes apoio. Elas podem ser capazes de ajudá-la a cuidar do bebé quando você precisar de algum tempo para si ou para descansar.
- Mantenha-se em relação, em particular com familiares e amigos.
- Saia à rua sempre que puder. Em ambientes seguros, levar o bebé a passear é bom para ambos.
- Fale com outras mães que possam dar conselhos ou serem capazes de partilhar experiências.
- Fale com o seu médico. Ele ou ela pode ajudá-la a encontrar o tratamento mais adequado à sua situação.
- Se surgirem ideias de se magoar a si ou ao seu bebé, procure ajuda imediata de um profissional de saúde.

LEMBRE-SE:
Depressão após o parto é muito comum. Se acha que pode estar afetada, procure ajuda.



LetsTalk

www.who.int/depression/en



World Health Organization

Fig. 105 - Dia Mundial da Saúde, Organização Mundial de Saúde, 2017

To talk to someone who understands, contact:

Postpartum Health Alliance of Northern California
1-888-773-7090 (9 a.m.-9 p.m. Pacific time)
Talk to mothers who have recovered from PPD
www.parentspress.com/pardepression.html#anchor1636579

Postpartum Support International
1-800-944-4PPD or 1-800-944-4773 (9 a.m.-3 p.m. Pacific time)
www.postpartum.net/index.html

For more information:

American Foundation for Suicide Prevention
1-888-333-2377
www.afsp.org

American Psychological Association
www.apa.org/pi/wpo/postpartum.html

Health Resources and Services Administration
www.mchb.hrsa.gov/pregnancyandbeyond/depression

MeEdPPD
Developed with the NIMH
In English/en Español
www.mededppd.org

National Women's Health Center
www.4woman.gov

New Jersey Speak Up When You're Down
Information and New Jersey helpline
www.state.nj.us/health/thsp/psd


Online PPD Support Group
www.ppdsupportpage.com

The American Psychological Association (APA), located in Washington, DC, is the largest scientific and professional organization representing psychology in the United States. Its membership includes 148,000 researchers, educators, clinicians, consultants, and students. APA works to advance psychology as a science and profession and as a means of promoting health, education, and human welfare.

American Psychological Association
Public Interest Directorate, Women's Programs Office
750 First Street, NE, Washington, DC 20002-4242
202-336-6044 • www.apa.org/pi/wpo

Printed on recycled paper

Postpartum Depression



"What's the matter with me?"

"I thought this would be the happiest time in my life but I'm so sad."

"I'm so scared I might accidentally hurt the baby."

"I feel like I'm going crazy."


AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

What Is Postpartum Depression & Anxiety?

It's common for women to experience the "baby blues" — feeling stressed, sad, anxious, lonely, tired, or weepy — following their baby's birth. But some women — up to 1 in 7 — experience a much more serious mood disorder — postpartum depression. (Postpartum psychosis, a condition that may involve psychotic symptoms like delusions or hallucinations, is a different disorder and is very rare.)

Unlike the baby blues, PPD doesn't go away on its own. It can appear days or even months after delivering a baby; it can last for many weeks or months if left untreated. PPD can make it hard for you to get through the day, and it can affect your ability to take care of your baby, or yourself.

PPD can affect any woman — women with easy pregnancies or problem pregnancies, first-time mothers and mothers with one or more children, women who are married and women who are not, and regardless of income, age, race or ethnicity, culture, or education.



What Are the Symptoms of PPD?

The warning signs are different for everyone but may include:

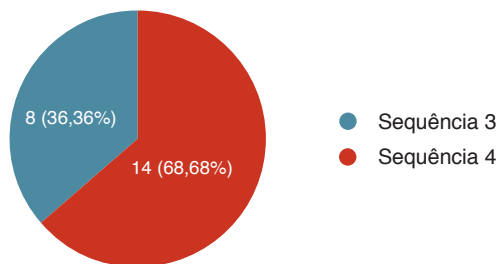
- a loss of pleasure or interest in things you used to enjoy, including sex
- eating much more, or much less, than you usually do
- anxiety — all or most of the time — or panic attacks
- racing, scary thoughts
- feeling guilty or worthless — blaming yourself
- excessive irritability, anger, or agitation — mood swings
- sadness, crying uncontrollably for very long periods of time
- fear of not being a good mother
- fear of being left alone with the baby
- misery
- inability to sleep, sleeping too much, difficulty falling or staying asleep
- disinterest in the baby, family, and friends
- difficulty concentrating, remembering details, or making decisions
- thoughts of hurting yourself or the baby (see inside this brochure for numbers to call to get immediate help).

If these warning signs or symptoms last longer than 2 weeks, you may need to get help.

Whether your symptoms are mild or severe, recovery is possible with proper treatment.

Fig. 106 - What is postpartum depression & anxiety?, American Psychological Association, s.d.

e) Em qual das sequências anteriores lhe parece que a informação se encontra melhor organizada? E quais lhe chama mais a atenção? Tenha em atenção as cores, as ilustrações, quantidade e qualidade do texto, etc.



Observações preferência sequência 3

1. É mais apelativa.
2. Gosto dos elementos que se destacam.

Observações preferência sequência 4

1. Esta sequência é mais serena. A sequência 3 está muito confusa e tem muito tipo de linguagem.
2. A sequência 3 não é tão humana. No entanto gosto dos elementos de destaque.
3. Esta sequência informa mais, enquanto que a outra chama mais a atenção.

6.7 Projeto: processo e estudos



Fig. 107 - 4/12 das imagens selecionadas e respectivas silhuetas resultantes do processo de transferência através de mesa de luz.

6.7 Projeto: processo e estudos

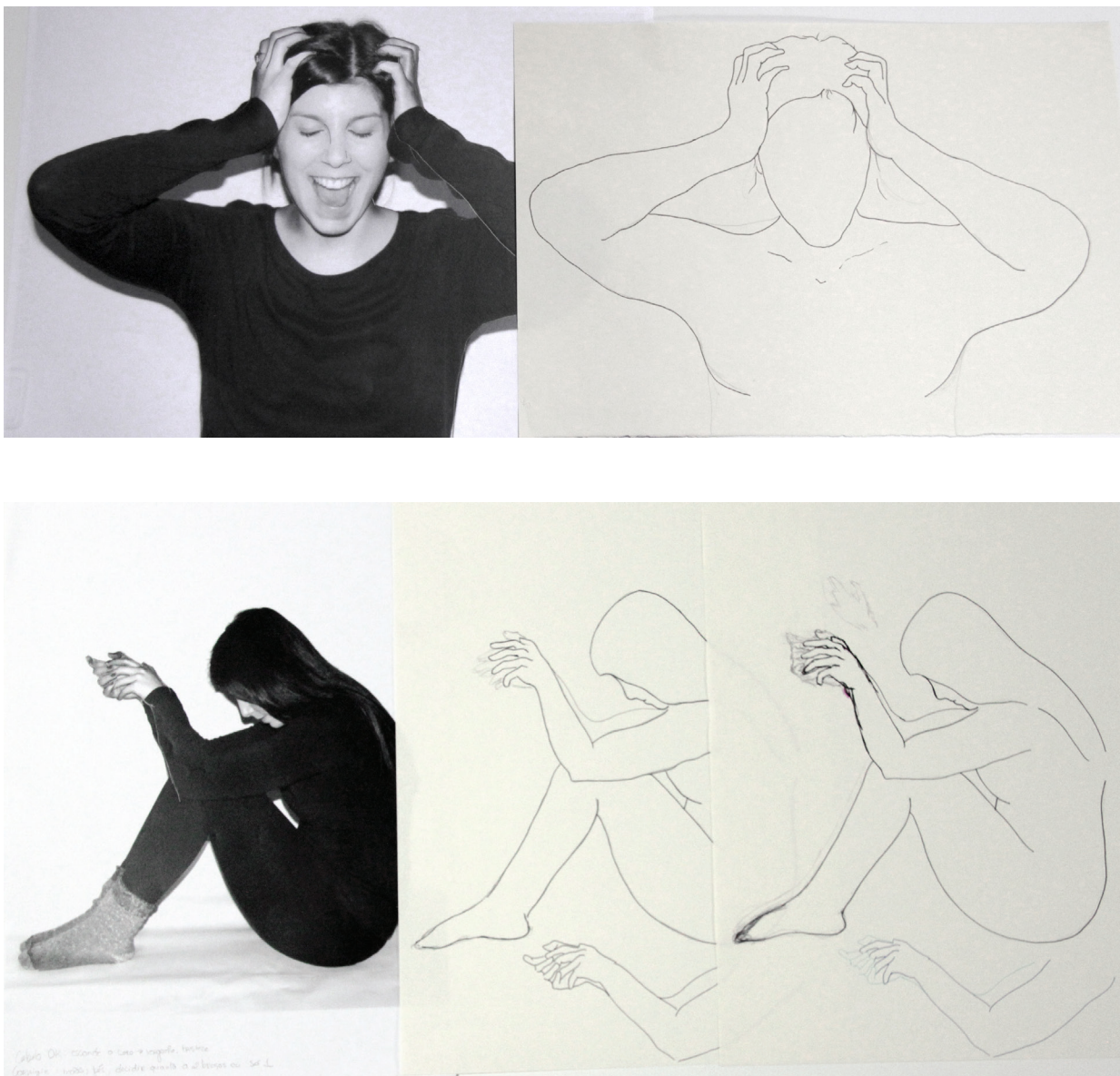


Fig. 108 - 2/12 das imagens selecionadas e respectivas silhuetas resultantes do processo de transferência através de mesa de luz.

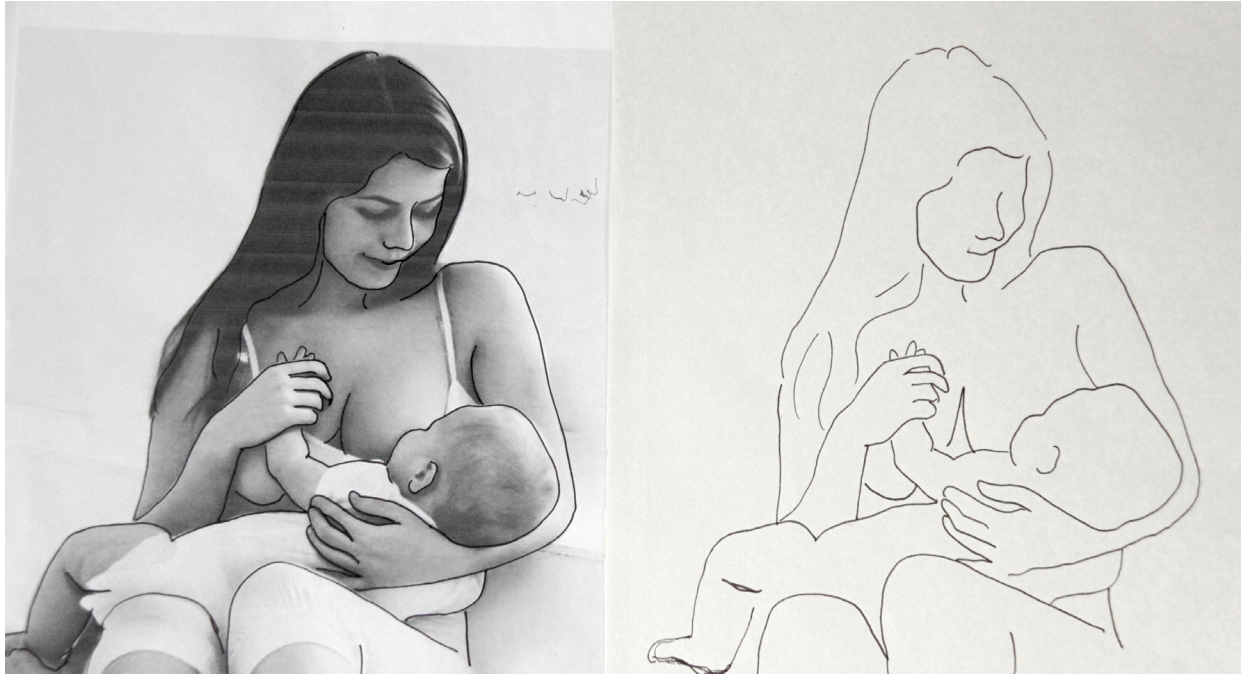


Fig. 109 - Imagem e silhueta resultante do processo de transferência. Fonte imagem: <https://saludmovil.com/es/como-amamantar-tu-bebe/>



Fig. 110 -Evolução do desenho do bebê.



Fig. 111 - Evolução do desenho das ilustrações da animação.

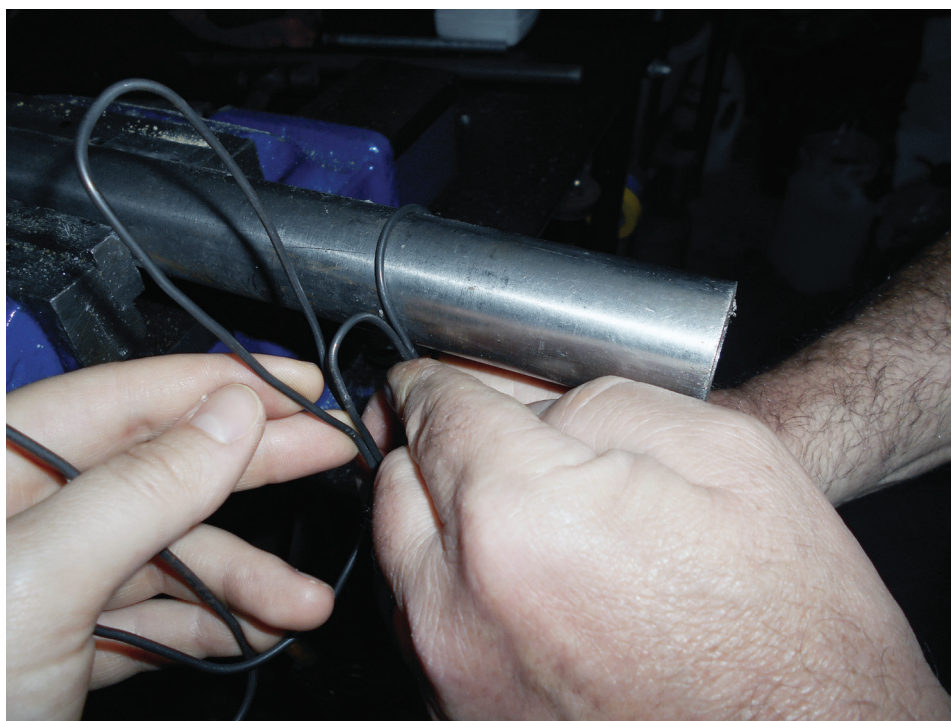


Fig. 112 - Torção do arame para esculpir a letra o da palavra *filhos*.

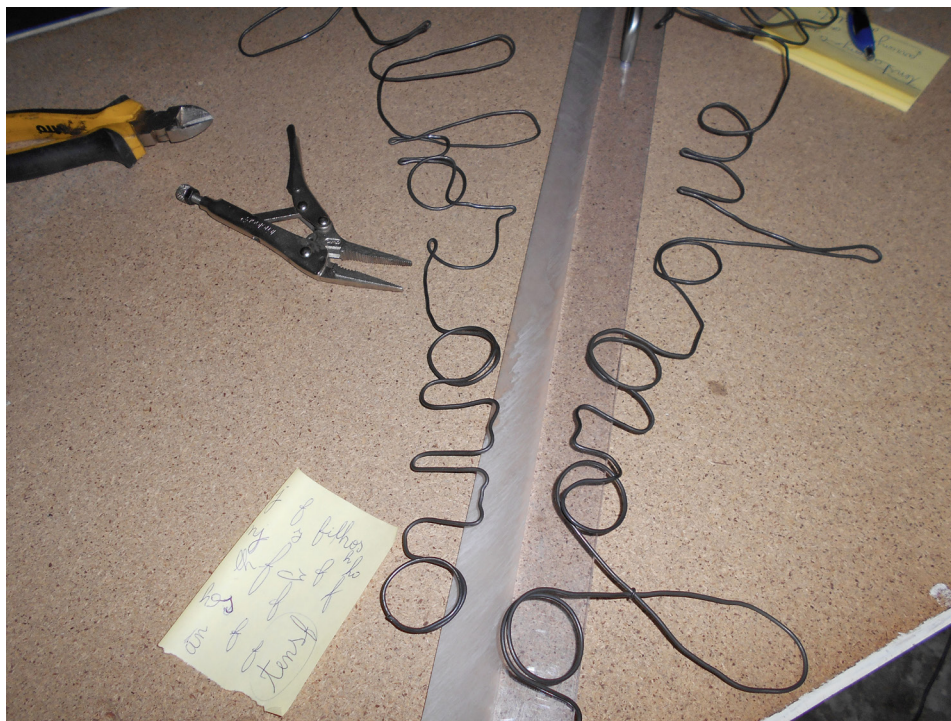


Fig. 113 - Materiais necessários à escultura em arame e estudos das letras e palavras.

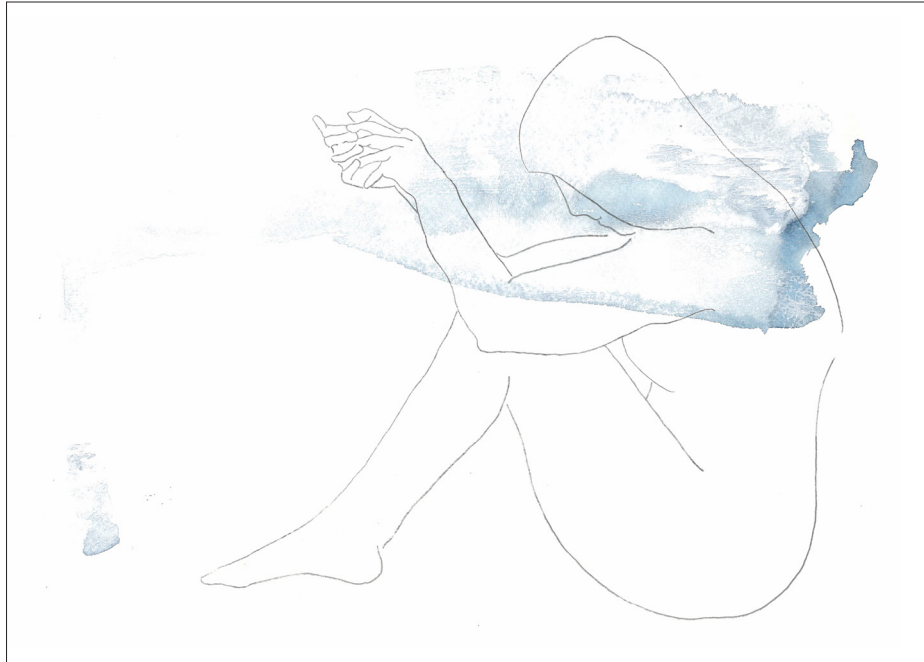


Fig. 114 - Estudos de mancha de aquarela da ilustração representativa do desânimo e tristeza.



Fig. 115 - Estudo representativo das preocupações e medos relativos à maternidade.



Fig. 116 - Estudos representativos do medo relativo à alimentação do bebé, com e sem elementos textuais.



Fig. 117 - Estudos representativos do estado de ansiedade.

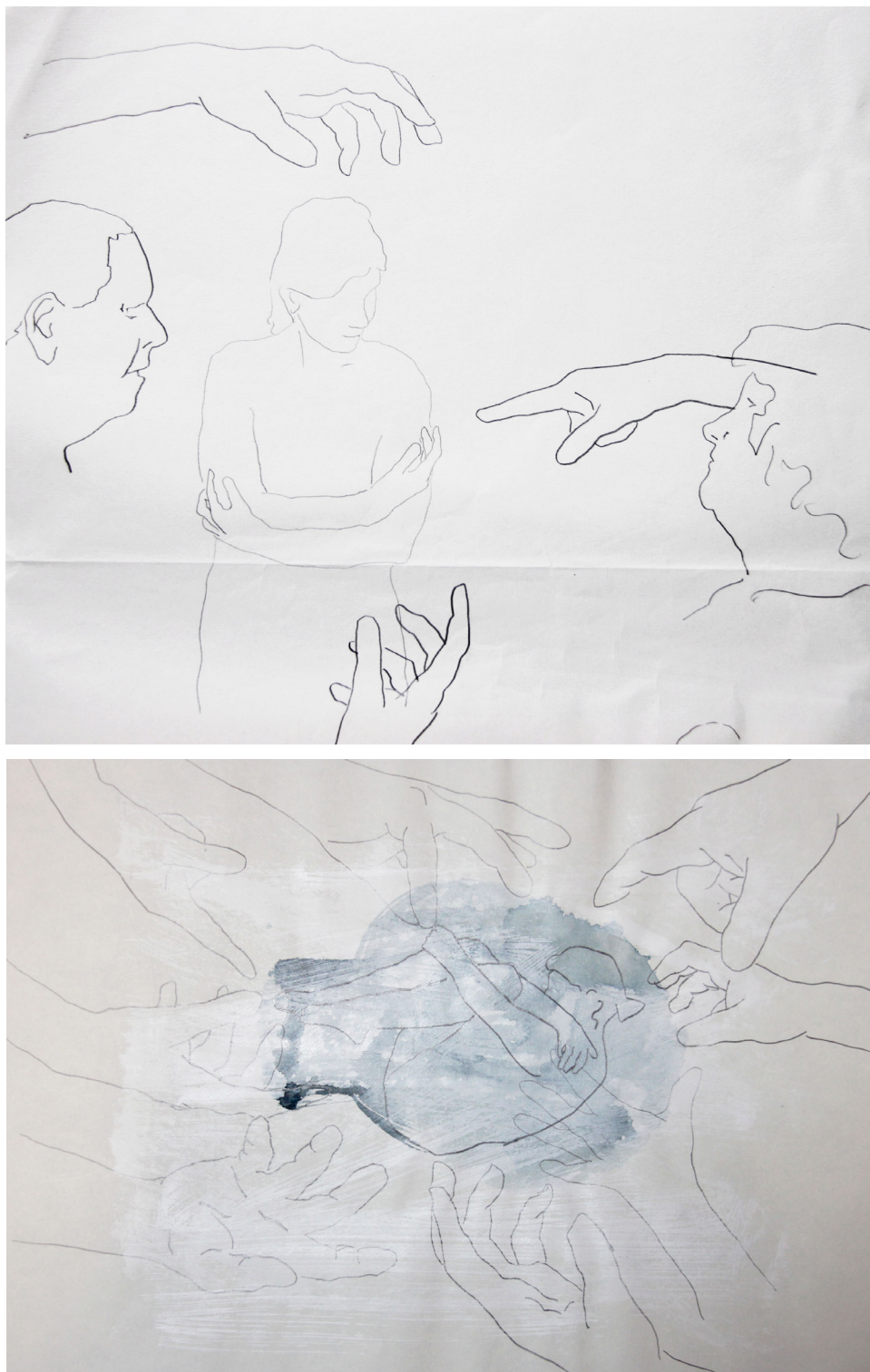


Fig. 118 - Estudos representativos das críticas e julgamentos.

6.7 Projeto: processo e estudos



Fig. 119 - Estudo representativo da desrealização.

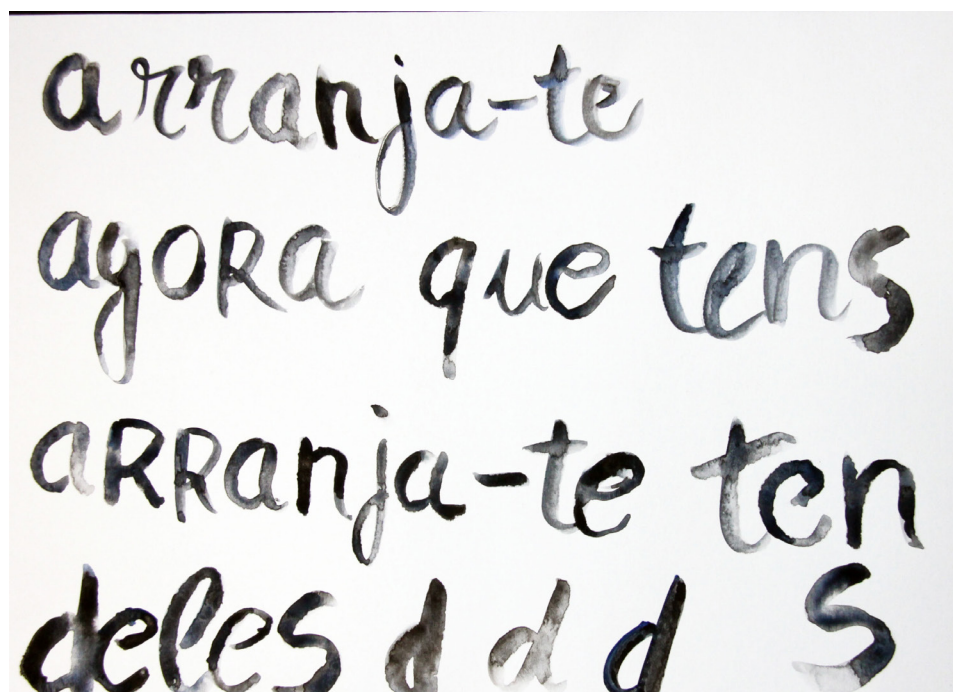
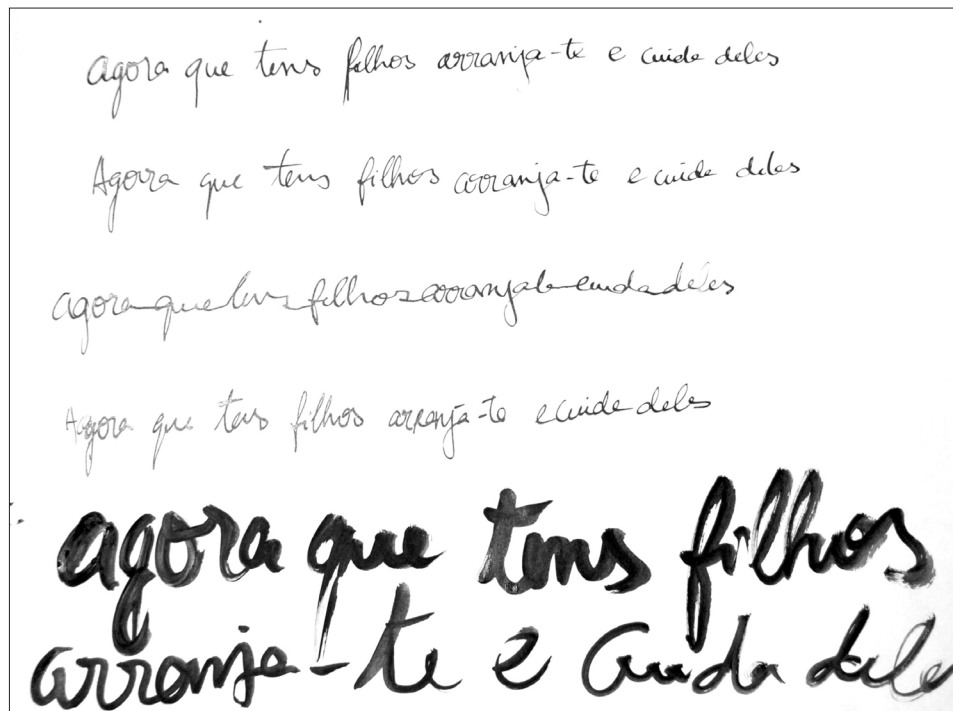


Fig. 120 - Estudos caligráficos: alternativas à escultura em arame.

6.8 Mureto

Mãe, presença (des)habitada: uma reflexão artística sobre a depressão pós-parto

Mãe, presença (des)habitada: uma reflexão artística sobre a depressão

pós-parto é uma instalação que documenta o testemunho de uma mãe que experienciou depressão pós-parto. São enunciados sintomas, emoções e micronarrativas resultantes de vários fatores internos e externos, narrados pela significâncias e metáforas dos dispositivos multidisciplinares, e pelas relações que estabelecem entre si, apresentando a causalidade dos acontecimentos.

Alerta-se para a seriedade e gravidade de uma doença que necessita de ajuda especializada e desconstrói-se a ideia errónea de que o amor pelos filhos não está presente.

O espaço organiza-se em três estações. A primeira, representada pelo painel de ilustrações que deriva da escultura em arame, representa a vulnerabilidade, as inseguranças e os medos que caracterizam uma fase de mudanças, exigências e adaptações que são trabalhosas e necessitam do apoio de toda a esfera social e familiar que envolve mães (e pais). A segunda estação, uma animação, elucida para o possível isolamento resultante desta doença e recorda a necessidade de pedir e aceitar o apoio de profissionais de saúde. Por fim, destaca-se a peça central que representa o zelo e cuidado existentes na relação entre mãe e filho e uma proteção que não é descuidada mas sim construída diariamente.

FBAUP - Faculdade de Belas Artes da Universidade do Porto
Joana Duarte Nogueira
Design da Imagem
Porto, 2018

Mãe, presença (des)habitada: uma reflexão artística sobre a depressão pós-parto

6.9 Autorização exposição do centro Árvore dos Bebés (página seguinte)



www.arvoredosbebes.pt | geral@arvoredosbebes.pt | 211 930 127

Centro
MATERNAL INFANTIL

DECLARAÇÃO

Eu, Ana Soraia Cardoso Rodrigues do Vale, portadora do CC nº 13383738, e sócia-gerente da empresa Árvore dos Bebés, Lda, com denominação comercial atual de Centro Materno-Infantil Árvore dos Bebés, com o NIPC nº 513913785 e situada na Rua Fernão Mendes Pinto Loja 3E, 2670-388 Infantado, Loures, autorizo a exposição dos materiais desenvolvidos pela discente do Mestrado de Design da Imagem da Faculdade de Belas Artes da Universidade do Porto, Joana Duarte Nogueira, com data a acordar entre ambos, no nosso espaço, no âmbito da sensibilização para a temática da depressão pós-parto.

Loures, 28 de Maio de 2018,

(Ana Soraia Cardoso Rodrigues do Vale)

